



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**O ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO
DO CONFORTO DA PARTURIENTE**

Sónia Cristina Isidoro Valadas

LISBOA

2016





**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**O ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO
DO CONFORTO DA PARTURIENTE**

Sónia Cristina Isidoro Valadas

Orientadora: Maria Helena de Carvalho Valente Presado

Co-orientadora: Maria Antonieta Medeiros

Lisboa

2016



“ O parto não dói só de contracção. No parto não parimos apenas a criança, mas as dores acumuladas. Parimos tensões, tristezas, repressões, raivas, abandonos, traumas, histórias. Isso explica em parte porque é tão fácil para algumas e tão intenso para outras.”

(Ana Cristina Duarte)

Dedico este trabalho à minha mãe,
por todo o seu amor e apoio incondicional.
Sem a sua ajuda nada disto teria sido possível.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

APPT – Ameaça de parto pré-termo

BAR – Bolsa de águas rota

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CS – Centro de Saúde

CTG – Cardiotocógrafo

EC – Ensino Clínico

EESIP – Enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

EESMOG – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FCF – Frequência cardíaca fetal

IA – Índice de Apgar

IG – Idade gestacional

OE – Ordem dos enfermeiros

PPP – Preparação para a parentalidade

RCIU – Restrição de Crescimento Intra-Uterino

REBA – Rotura espontânea da bolsa de águas

SO – Serviço de Observação

RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 6º Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Ao longo deste farei uma reflexão crítica das atividades desenvolvidas em bloco de partos. Darei mais enfoque ao desenvolvimento de competências na área do controlo do desconforto da parturiente e os cuidados prestados, tendo como principal foco de atenção o conforto da mesma. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, de forma a determinar as evidências científicas actuais relevantes para a problemática em estudo e com o intuito de dar resposta à questão de partida em formato PI(C)O: **“Quais as intervenções do EESMO promotoras de conforto da parturiente durante o 1º estágio do trabalho de parto?”**. Para além disto, foram realizadas notas de campo, sendo os dados obtidos analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo.

Após a pesquisa realizada e a experiência que tive neste Ensino Clínico constatei que é necessário um reajuste nas intervenções do EESMO de modo a responder as necessidades de conforto da parturiente nos diferentes contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental). Constatei que existe uma variedade de detalhes, que devido à rotina hospitalar passam despercebidos. Há necessidade de repensar as práticas diárias e aprofundar conhecimentos sobre o cuidado e conforto às parturientes.

Palavras-chaves: trabalho de parto, cuidados de enfermagem, bem-estar materno, enfermagem obstétrica

ABSTRACT

The current Report was developed in the scope of the Internship with inserted Report curricular unit of the Master's Degree Course in Maternal and Obstetric Health Nursing of the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Throughout this was made a critical reflection of the activities developed in delivery room. I gave more focus to the development of skills in the parturient discomfort control area and the care provided, the main focus of my attention was the Maternal Welfare. The project work was the used methodology, using the systematic literature review in order to answer the formulated PI(C)O question: **“Which Nurse Midwives interventions promote parturient comfort during the first stage of labor?”**. In addition, field notes were carried out and the obtained data were analyzed according to the content analysis technique.

After the research done and the experience I had in this Clinical Teaching, I found that it is necessary to readjust the Nurse Midwives interventions in order to respond to the comfort needs of the parturient in different contexts (physical, psycho-spiritual, social and environment). I found that a variety of details go unnoticed, there is a need to rethink the daily practices and deepen knowledge about the care and comfort of the parturients.

Keywords: Labor, Nursing Care, Maternal Welfare, Obstetric Nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DO CONFORTO DA PARTURIENTE	19
1.1. O trabalho de parto	19
1.2. A dor no trabalho de parto	21
1.3. O conforto	22
1.4. O enfermeiro especialista na promoção do conforto	24
1.5. Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba	26
2. PLANO DE TRABALHO E METODOLOGIA	29
2.1. Definição de objectivos	29
2.2. Revisão Sistemática da Literatura	29
2.3. Análise da prática clínica	32
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA	34
3.1. Prestar cuidados de enfermagem especializados às grávidas/família que acorrem ao serviço de urgência obstétrica	34
3.2. Prestar cuidados de enfermagem especializados às mulheres/família que acorrem ao serviço de urgência ginecológica	38
3.3. Prestar cuidados de enfermagem especializados às parturientes/RN/família ao longo dos diferentes estádios do trabalho de parto	40
3.4. Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação à vida extrauterina	50
3.5. Refletir sobre o papel do EESMO na promoção do conforto da parturiente durante o primeiro estágio do trabalho de parto	52
3.5.1. Resultados obtidos, análise e discussão dos achados	52
3.5.2. Intervenções de Enfermagem promotoras do conforto da parturiente durante o 1º estágio do trabalho de parto	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÊNDICES	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias e subcategorias identificadas nas notas de campo

53

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Intervenções de Enfermagem

64

INTRODUÇÃO

Com a elaboração de um relatório pretende-se uma exposição escrita e reflexão crítica de acontecimentos, podendo ser utilizada para descrever resultados de uma determinada experiência, projeto, pesquisa ou observação.

Seguindo esta linha de pensamento, este documento tem por objetivo a narração, autoavaliação e reflexão dos objetivos delineados pela ESEL e os por mim delineados no projeto de estágio, das intervenções/atividades efetuadas e resultados obtidos. O mesmo pretende ser coerente, conciso e claro, de forma a expor o caminho que percorri ao longo do estágio, com vista a dar conhecimento das competências próprias do EESMO que desenvolvi.

Por ocasião do parto, um dos sintomas inerentes ao diagnóstico de trabalho de parto é o desconforto da dor. A dor experimentada pelas mulheres durante o trabalho de parto é o produto de uma acumulação de estímulos fisiológicos, psicológicos e socioculturais e é influenciado por fatores emocionais, sensoriais e ambientais (OE, 2012).

Mesmo compreendendo os elementos fisiológicos envolvidos na dor, a prática revela que esta pode ser minimizada mediante a aplicação de medidas simples e eficazes, que visam o conforto. Geralmente, o que determina e influencia uma boa experiência do parto é a forma como se lida com a dor, pela forma como a dor desnecessária, proveniente de tensões, medos, ambientes impróprios, intervenções clínicas discutíveis ou presença de pessoas indesejáveis, é aliviada ou eliminada (OE, 2012).

A dor é um fenómeno desagradável, complexo e individual. É comum as mulheres preocuparem-se com a dor que irão sentir durante o trabalho de parto e com o modo como irão lidar com ela. Existe uma diversidade de métodos de preparação para o nascimento que ajudam a mulher, e o casal, a lidar com o desconforto do trabalho de parto. A escolha dessas intervenções deve depender da especificidade de cada situação e das preferências da mulher/casal e do profissional de saúde (Lowdermilk, & Perry, 2008).

Como futura EESMO, senti a necessidade de refletir sobre a prática do cuidar da parturiente, tendo como foco o alívio do desconforto durante o trabalho de parto. Na minha pesquisa diária e observação, verifiquei a existência de vários fatores que influenciam o desconforto próprio do trabalho de parto, nomeadamente, o comportamento da parturiente, o seu modo de agir e de se relacionar com a dor, o desconhecimento sobre o processo e as

transformações do seu corpo, assim como o desconhecimento de como minimizar o desconforto da situação através da utilização de métodos não farmacológicos.

A pesquisa e a observação, despertaram em mim o interesse de aprofundar conhecimentos sobre a importância da promoção do conforto da parturiente como cuidado de Enfermagem, de como incluir esse cuidado nas nossas práticas diárias. Nas minhas notas pessoais foram levantadas várias questões durante o estágio. O desconforto da parturiente está somente associado à componente física ou realmente existe influência de outros fatores, como o ambiente que a rodeia? E o modo como vivencia a dor do trabalho de parto? Estará confortável neste ambiente? Relaxada? É lhe proporcionada privacidade? É lhe dada liberdade para satisfazer as suas necessidades do momento? Seu papel é ativo ou passivo? As suas escolhas e preferências são valorizadas?

Neste sentido é de extrema importância refletirmos sobre a promoção do conforto da parturiente, daí que tenha sentido a necessidade de desenvolver durante o meu estágio este tema, que considero pertinente, questionando-me: **“Quais as intervenções do EESMO promotoras de conforto da parturiente durante o 1º estágio do trabalho de parto?”**.

Os fatores físicos, psicológicos, socioculturais e ambientais apresentam-se como elementos a ser avaliados durante todo o processo do trabalho de parto. É importante que a parturiente seja confortada, mediante assistência do EESMO, nas suas necessidades. O conforto, o apoio proporcionado e o ambiente envolvente são também considerados fatores capazes de influenciar a reação da mulher face à dor sentida durante o trabalho de parto (Lowdermilk, & Perry, 2008).

O EESMO é um profissional de saúde com competências e conhecimentos que o torna o elemento de eleição para desenvolver, em parceria com a parturiente/família, diferentes medidas promotoras de conforto que visam trabalhar os diferentes cenários que vão de encontro ao que a parturiente/família idealiza para o nascimento do seu filho, promovendo também uma sensação de controlo por parte da mesma e diminuição da sua ansiedade durante o trabalho de parto.

Segundo o documento de consenso “Iniciativa para o Parto Normal” (IPN), o alívio da dor durante o trabalho de parto contribui para “aumentar o bem-estar físico e emocional da parturiente e deve ocupar um lugar prioritário nos cuidados da parteira” (IPN, 2009, p.65).

A pesquisa efetuada revelou que a Teoria do Médio Alcance do Conforto Holístico de Katharine Kolcaba, concorre para uma ajustada e estimulante análise da problemática, na medida em que para esta teórica o conforto é:

a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística promovida mediante satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos de experiência (físico, psicoespiritual, social e ambiental). (Tomeyn & Alligood, 2004, p. 484)

Ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos realizados, pude compreender melhor as competências inerentes ao enfermeiro ESMO, na medida em que me confrontei com diferentes realidades e diferentes contextos de aplicabilidade das mesmas, pude compreender a importância de cada uma delas. A análise crítica que pratiquei ao longo do curso, permitiu-me dar resposta à finalidade e competências definidas pela equipa pedagógica, de acordo com a missão do curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia.

Deste modo, defini como objetivo geral para a realização deste estágio desenvolver competências que permitam adquirir o título de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Foi igualmente meu objetivo desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados e individualizados à mulher/família/RN, a nível pré-natal, na urgência obstétrica, no trabalho de parto/parto, no puerpério imediato, nos cuidados ao RN, na adaptação à vida extrauterina, e na área da ginecologia, na urgência ginecológica.

E ainda como objetivos específicos para este estágio:

1. Prestar cuidados de enfermagem especializados às grávidas/família que ocorrem ao serviço de urgência obstétrica;
2. Prestar cuidados de enfermagem especializados às mulheres/família que ocorrem ao serviço de urgência ginecológica;
3. Prestar cuidados de enfermagem especializados às parturientes/RN/família ao longo dos diferentes estádios do trabalho de parto, promovendo o conforto e bem estar materno e fetal;
4. Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação à vida extrauterina;
5. Refletir sobre o papel do EESMO na promoção do conforto da parturiente durante o primeiro estágio do trabalho de parto.

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do estágio com relatório inserido no 6º CMESMO da ESEL.

Encontra-se estruturado da seguinte forma: após a introdução, de seguida procuro dar a conhecer a metodologia e respetivos resultados da revisão da literatura em que me apoiei para a construção dos processos de cuidar tendo por base o conforto da parturiente, à luz da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Posteriormente descrevo o meu percurso de aprendizagem, tendo como referência as competências, comuns e específicas do EESMOG definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Dando também a minha prática no que se refere ao cuidar, promovendo o conforto da parturiente no 1º estágio do trabalho de parto, assim como uma análise reflexiva acerca da mesma e da experiência vivenciada, com o intuito da sua aplicabilidade e operacionalização enquanto futura EESMO. Por fim as considerações finais, onde apresento as principais deduções deste relatório e os seus contributos para o processo de aprendizagem e as perspetivas futuras.

Este trabalho segue as normas APA referidas no guia orientador para elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL (Junho 2016) e está redigido de segundo o Novo Acordo Ortográfico para a Língua Portuguesa.

1. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DO CONFORTO DA PARTURIENTE

Este capítulo refere-se a um breve enquadramento teórico, onde será abordado a temática do trabalho de parto, da dor no parto, do conforto, da promoção do conforto da parturiente e uma revisão da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

1.1. Trabalho de parto

No final da gravidez a mulher e o feto preparam-se para o parto e para a maternidade. O trabalho de parto e o nascimento representam o final da gravidez e o início de uma nova etapa na vida da família (Lowdermilk, & Perry, 2008). O enfermeiro especialista desempenha uma importante função na promoção do conforto ao longo deste período.

Entende-se por trabalho de parto um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e a sua expulsão. O trabalho de parto divide-se em quatro diferentes estádios, são eles dilatação, período expulsivo, dequitação e puerpério imediato, tendo cada um características e tempos diferentes.

O primeiro estágio do trabalho de parto inicia-se com as primeiras contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo uterino. Divide-se, ainda, em três fases, a fase latente, a fase ativa e a fase de transição (Lowdermilk, & Perry, 2008).

Como se torna difícil, maioritariamente, identificar o início do trabalho de parto, não há uma definição unânime. Segundo Graça (2010), considera-se que o trabalho de parto começa clinicamente com o início das contrações uterinas dolorosas em simultâneo com o apagamento e início da dilatação do colo uterino. Na prática considera-se que o trabalho de parto se inicia quando a grávida refere contratilidade dolorosa e regular, muitas vezes o início do apagamento e dilatação do colo uterino dá-se antes que comece a contratilidade regular, sendo frequentemente simultâneo à expulsão do rolhão mucoso.

O segundo estágio do trabalho de parto decorre desde a dilatação completa do colo uterino até à expulsão do feto. Considera-se normal um segundo estágio que demore até duas horas. Divide-se em duas fases, sendo a fase latente referente ao período em que a parturiente não sente urgência em fazer esforços expulsivos, embora apresente dilatação completa, e a

fase ativa é o período em que a apresentação fetal avança e a parturiente sente vontade de fazer esforços expulsivos. O terceiro estágio decorre entre o nascimento do feto e a expulsão da placenta, após o seu descolamento. O quarto estágio do trabalho de parto refere-se ao puerpério imediato, que dura cerca de 2 horas após a expulsão da placenta, sendo caracterizado por um período de recuperação rápida, em que a hemóstase se restabelece, sendo importante uma vigilância maior neste período, devido ao risco de complicações, nomeadamente hemorragia (Lowdermilk, & Perry, 2008).

Segundo Lowdermilk, & Perry (2008), o trabalho de parto é influenciado por cinco fatores, sendo eles o passageiro (feto e placenta), canal de parto, as contrações, a posição materna e a suas reações psicológicas.

A institucionalização do parto fez com que as mulheres deixassem de parir em casa, num ambiente familiar, quebrando assim os hábitos de solidariedade feminina. As práticas instituídas baseadas em normas e rotinas tornaram as mulheres personagens passivas e impossibilitaram a presença de pessoas próximas, do seu convívio social, para apoiá-las durante o trabalho de parto e parto (Nakano, et al, 2007, citado por Santos, & Pereira, 2012).

Como nos diz Frello, Carraro, & Bernardi (2011), citando vários autores, a transferência do ambiente doméstico para o contexto hospitalar contribuiu para que o parto fosse visto como uma patologia, ignorando-se a sua fisiologia, assim como os aspetos culturais e sociais presentes. Observou-se uma medicalização do parto, onde por vezes é desvalorizado aspetos emocionais e sociais que o envolvem.

Deste modo, o processo do nascimento deixa de ser um momento essencialmente familiar, individual e fisiológico e passa a ser um momento de experiências, por vezes negativas, perdendo características próprias da individualidade feminina e de um acontecimento natural, sendo visto pelos profissionais de saúde como um evento patológico e propício a intervenções. Observou-se então, que a partir do séc. XX, juntamente com a evolução da medicina, o parto tornou-se um evento hospitalar, que envolve intervenções médicas na fisiologia do mesmo (Santos, & Pereira, 2012).

Mas por outro lado, o avanço da assistência obstétrica permite dar respostas cada vez mais eficazes em situações de perigo de vida materna e/ou fetal, tornando o parto assim mais seguro, contribuindo para a queda da mortalidade e morbilidade materna e neonatal. No entanto esses recursos devem ser utilizados quando há real necessidade e a sua banalização deve ser evitada (Frello, et al, 2011).

O hospital, por melhor que seja o atendimento, é considerado um lugar estranho para a mulher/família, estes necessitam de sair da sua casa para um ambiente desconhecido, o que muitas vezes pode gerar angustia, ansiedade e insegurança. A mulher deve então receber um cuidado humanizado e seguro, garantindo-lhe os benefícios dos avanços científicos, mas deve-se permitir e promover o exercício da cidadania e a liberdade de escolha no trabalho de parto e parto, de modo que o cuidado à parturiente seja positivo e satisfatório, tanto para ela e sua família, como para a equipa de saúde, uma vez que a finalidade da institucionalização do parto é assegurar a vida da mulher e do feto/RN, bem como prevenir complicações. É necessário que os papéis dos diferentes intervenientes no processo se tornem claros e que se solidifique um cuidado promotor de conforto, apoio, confiança, segurança física e emocional, conduzindo a mulher no processo do parto, valorizando a sua participação ativa, tornando assim o nascimento do(a) filho(a) uma experiência positiva (Carraro, et al, 2008).

1.2. A dor no trabalho de parto

A dor e o desconforto experienciados durante o trabalho de parto é uma acumulação de estímulos fisiológicos, psicológicos e ambientais.

Durante o primeiro estágio do trabalho de parto, as contrações uterinas provocam a dilatação e apagamento do colo, e provocam a isquemia uterina resultante da contração das artérias do miométrio. Nesta primeira fase, os impulsos dolorosos são transmitidos através dos segmentos e dos nervos espinhais T11 e T12 e dos nervos simpáticos acessórios torácicos inferiores e lombares superiores. A dor é de natureza visceral. Localiza-se na parte inferior do abdómen, irradiando para a região lombo-sagrada, região glútea e para as coxas (Lowdermilk, & Perry, 2008).

No segundo estágio do trabalho de parto a dor é somática, muitas vezes é descrita como intensa, aguda e localizada. Esta resulta do estiramento dos tecidos perineais e do pavimento pélvico para permitir a passagem do feto, da distensão e da tração do peritoneu e dos ligamentos útero-cervicais e ainda de possíveis lacerações nos tecidos moles. Nesta fase os impulsos dolorosos são transmitidos através do nervo pudendo, dos segmentos nervosos espinhais de S1-4 e pelo sistema nervoso parassimpático (Lowdermilk, & Perry, 2008).

Mesmo compreendendo os elementos fisiológicos envolvidos na dor, a prática revela que esta pode ser minimizada mediante a aplicação de medidas simples e eficazes, que visam

o conforto. Geralmente, o que determina e influencia uma boa experiência do parto é a forma como se lida com a dor, pela forma como a dor desnecessária, proveniente de tensões, medos, ambientes impróprios, manobras clínicas discutíveis ou presença de pessoas indesejáveis, é aliviada ou eliminada (OE, 2012).

A dor referida por cada mulher durante o trabalho de parto é específica e influenciada por fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais e ambientais, sendo os mesmos importantes de serem avaliados durante o processo de trabalho de parto e parto.

Na gravidez a sensibilidade e as emoções encontram-se aumentadas, a mulher encontra-se, na maioria das vezes, vulnerável e ávida de informações acerca de todos os acontecimentos e transformações por quais o seu corpo passa e irá passar durante o trabalho de parto e parto. A isto acrescenta-se o facto de que os seus valores, crenças e cultura influenciam o modo como vivencia a dor (Silveira, & Fernandes, 2007).

Para o alívio da dor pode ser utilizados métodos farmacológicos e/ou não farmacológicos. No entanto as medidas não farmacológicas encontram-se mais sob a ação direta dos profissionais de enfermagem, podendo o seu uso ser isolado ou em simultâneo com os analgésicos de prescrição médica. Mas porque o alívio da dor deve ser uma prioridade, quando as medidas não farmacológicas não forem suficientemente eficazes, deve-se apostar então num método farmacológico como alternativa ou complemento. Sendo no entanto importante o cuidado individualizado e pessoal à parturiente, como salienta a OMS (1996), os métodos farmacológicos nunca devem substituir a atenção pessoal e o carinho para com a mulher.

O trabalho de parto é um acontecimento significativo para a mulher, sendo uma ocasião em que necessita de segurança, apoio, tranquilidade e compreensão. Segundo Silveira & Fernandes (2006), o apoio e a confiança são atitudes necessárias para o bem-estar da parturiente e família, para promover o desfrutar de uma experiência excepcional.

1.3. O conforto

A palavra conforto vem do latim *confortare* e tem a mesma origem que a palavra “força”, levar força significa consolar (Kolcaba, & Kolcaba, 1991).

Como nos diz Vaz (2009), apesar do conforto ser um dos pilares da enfermagem, o seu significado contextual é vago, devido aos vários significados que este termo tem. Também

nos surge de várias formas, tais como, confortável, confortante, desconforto, confortado e medidas de conforto.

Na perspectiva de Morse, Bottorff & Hutchinson (1995), o conforto não é caracterizado como resultado final, mas sim como o alívio temporário do desconforto.

O cuidado é muito mais que a prática técnica ou os procedimentos rotineiros. O que diferencia o cuidar de um procedimento é a preocupação, o interesse e a motivação, sendo incluídas atitudes como gentileza, respeito e consideração pelo outro. Além disso, há a intenção de promover o bem-estar, de manter o indivíduo seguro e confortável, oferecendo apoio, minimizando os riscos e reduzindo a sua vulnerabilidade (Pereira, Nagipe, Lima, Nascimento & Gouveia, 2012).

O cuidado está intrinsecamente ligado ao conforto. Eles não estão ligados apenas ao ambiente externo, mas também ao interior das pessoas que participam dos mesmos, ou seja, seus sentimentos, ansiedades, insegurança, entre outros. Confortar requer considerar como condição principal um ambiente favorável, isto é, um ambiente em que a pessoa se sinta cuidada (que seja acolhedor, atencioso, afetuoso e que proporcione alívio, segurança e bem-estar). As vantagens do conforto são a recuperação da força, do poder pessoal, do ânimo, do bem-estar, do crescimento, da capacidade de mobilização dos mecanismos de adaptação, do desempenho, da melhoria da qualidade de vida e da adaptação à condição que se está vivenciando (Carraro et al., 2008).

Segundo Vaz (2009), citando Schuiling, & Sampsel (1999), “o aumento do conforto na mulher em trabalho de parto é um resultado valorizado no cuidado de enfermagem obstétrica”. Fala-nos também de um estudo realizado em puérperas, que descreve como o conforto foi experienciado por mulheres que usufruíram de medicação e as que não usaram. Foram comparados os dois grupos para determinar se a caracterização do conforto era diferente. Os resultados apontaram que pouca era a diferença descrita entre os grupos, o que permitiu concluir que o conforto é mais do que a ausência de dor. A saciedade da fome, a diminuição da sensação de cansaço e o relaxamento foram fatores considerados importantes na promoção do conforto, sendo que a presença e o suporte provenientes do cuidado de enfermagem foram identificados como intervenções úteis (Vaz, 2009).

Citando Coelho (2005), Frello, et al, (2011) dizem-nos que “o conforto é uma experiência subjetiva que transcende a dimensão física, porque inclui componentes físicos, psicológicos, sociais, espirituais e ambientais”.

1.4. O enfermeiro especialista na promoção do conforto

Estudos que avaliam a dor no trabalho de parto e parto, procurando fundamentação teórica para intervenções que visam o seu alívio, são importantes, mas deve-se ter em conta que minorar os desconfortos sentidos pela parturiente vai além das intervenções biológicas. A abordagem deve permitir a expressão de sentimentos, de forma que os mesmos sejam aflorados. Para isso, é necessário ouvir a mulher em situação de dor, procurar alternativas para suavizar seu sofrimento e promover o respeito pelo seu direito de parir com dignidade (Pereira et al., 2012).

O conforto é algo esperado pela parturiente, ou seja, esta espera do profissional de saúde ajuda, atenção, presença e cuidado. O ato de confortar a parturiente tem como base o relacionamento entre a parturiente e o profissional, sendo expressado através de intervenções do cuidar. O seu emprego na Enfermagem Obstétrica abrange uma variedade de intervenções, tais como, comunicação verbal e não-verbal, promoção de um ambiente agradável, privacidade, respeito, alívio do desconforto, compreensão de todo o processo da dor vivenciada pela mulher, entre outros. Ao falarmos de conforto durante o trabalho de parto tenho consciência que este não pode ser prescrito e que não segue regras, mas é algo que é sentido, vivido e experienciado.

Por isso, como nos diz Frello, et al. (2011), compete ao profissional de saúde, principalmente os de enfermagem, elaborar um plano de cuidados individualizado, tendo em conta os sentimentos, desejos e expectativas da parturiente/família. É importante que os profissionais de saúde cuidem da mulher tendo em conta as suas necessidades físicas e psíquicas, acolhendo-a como um ser único, que se encontra a viver um momento significativo, sente uma mistura de sentimentos e sensações e procura cuidado e conforto. Os mesmos autores dizem-nos que os cuidados de enfermagem e o conforto prestados à mulher no trabalho de parto e no parto são essenciais como base de um relacionamento mais próximo da parturiente. Ao permitir que a mulher mantenha o controlo do seu corpo, capacitá-la para que compreenda o que vai acontecer em cada fase do trabalho de parto, assim como dar oportunidade de escolha de posição e uso de métodos para o alívio da dor, consolidam-se atos de enfermagem.

Todo o processo de trabalho de parto se caracteriza, no contexto das práticas, como um momento stressante para a mulher devido à dor, decorrentes das contracções uterinas cada

vez mais intensas, além de ser uma experiência estranha do ponto de vista dos envolvidos. Por isso, uma assistência de qualidade à mulher em trabalho de parto é um direito fundamental e representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar. O profissional de saúde deve estar preparado para acolher a parturiente, seu companheiro e demais familiares, respeitando todos os significados desse momento, com o dever de facilitar a criação de vínculos, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade (Santos, & Pereira, 2012).

O desconforto provocado pela dor durante o trabalho de parto e parto é incômodo e provoca momentos de medo e ansiedade. Mas vários estudos e artigos referem que a mulher sente-se aliviada quando lhes é oferecido o conforto em forma de apoio, acolhimento, massagens, toque terapêutico, banhos e liberdade de movimentos, de modo a sentirem-se confortáveis. Também a presença da enfermeira e o diálogo, fazem parte de um cuidado humanizado, sendo benéfico e estimulante para a parturiente, visto que se encontra mais sensibilizada e carente de atenção e respeito. Podemos também acrescentar o ambiente da sala de partos e a presença do acompanhante, como contributos para o conforto no alívio da dor.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), o enfermeiro especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Demonstram também níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. Com base nas competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (2010), o EESMO encontra-se apto a cuidar da mulher inserida na família durante o trabalho de parto e a efectuar um parto em ambiente seguro, com enfoque no conforto da parturiente, no sentido de otimizar a saúde da parturiente, e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

No que respeita as “Essential competencies for basic midwifery practice” postulado pelo ICM (2013) importa ressaltar:

“COMPETÊNCIA #4: As parteiras prestam cuidados culturalmente sensíveis e de elevada qualidade durante o parto, conduzem um parto de baixa intervenção e seguro e gerem situações de emergência, para maximizar a saúde da mulher e do(s) seu(s) recém-nascidos”.

Posto isto, considero que o EESMO pode fazer toda a diferença na promoção de uma vivência de parto positiva.

1.5. Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

Katharina Kolcaba nasceu em Cleveland, no Ohio. Graduiu-se em Enfermagem no ano 1965, em St. Luke's Hospital School of Nursing. Em 1987 licenciou-se no primeiro curso de Enfermagem da Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University (CWRU), com a especialização em Gerontologia. Enquanto estudava, Kolcaba partilhou o lugar de enfermeira chefe em um serviço para pessoas com demência. Foi nesse contexto que começou a teorizar sobre o resultado do conforto (Tomey, & Alligood, 2004).

Nos anos oitenta, quando deu início ao seu trabalho de investigação sobre o conforto, realizou uma extensa revisão da literatura sobre o mesmo nas disciplinas de Enfermagem, Medicina, Psicologia, Teologia, Psiquiatria e Ergonomia.

Ao pesquisar sobre a origem da palavra conforto, a primeira fonte que encontrou foi a palavra latina *confortare*, cujo significado é fortalecer. Pesquisou usos contemporâneos e arcaicos da palavra conforto em inglês. Encontrou diferentes significados da palavra em diversos dicionários. No dicionário Webster deparou-se com seis diferentes definições e refere a, relacionado aos cuidados, existência de um registo histórico do uso do conforto no livro Notas de Enfermagem, de Nightingale, em livros de textos antigos, livros de texto novos e na escrita de teóricos de Enfermagem (Kolcaba, 2003).

Três teóricos de Enfermagem contribuíram para a síntese dos tipos de conforto da análise do conceito de Kolcaba. O alívio foi considerado por Orlando, que referiu que as enfermeiras aliviam as necessidades do doente, a tranquilidade foi resumida por Henderson, que descreveu treze funções básicas dos seres humanos, que tinham de ser mantidas na homeostase, e a transcendência foi obtida de Paterson e Zderad, que acreditavam que, com a ajuda das enfermeiras, os doentes podem ultrapassar as suas dificuldades (Tomey, & Alligood, 2004).

Kolcaba define necessidades de cuidados de saúde como necessidades de conforto resultantes de situações provocadoras de tensão, que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais, sendo necessidades físicas, psicoespirituais, sociais e ambientais. As medidas de conforto são definidas como intervenções de enfermagem planeadas para tratar

necessidades de conforto específico das pessoas, sendo fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas. As variáveis intervenientes são definidas como forças de interação que influenciam a percepção do recipiente acerca do conforto total. O conforto é definido como a condição sentida pelas pessoas que recebem as medidas de conforto (Tomey, & Alligood, 2004).

Os tipos de conforto são definidos como:

- Alívio – onde é satisfeita uma necessidade específica;
- Tranquilidade - é um estado de calma, satisfação ou contentamento;
- Transcendência - é um estado em que o indivíduo ultrapassa os seus problemas ou sofrimento, situações em que a pessoa tem competência ou potencial para planejar a sua vida, resolver problemas.

Os diferentes contextos em que ocorre o conforto são:

- Físico - pertencente às sensações do corpo;
- Psicoespiritual - pertencente à consciência interna de si mesmo, incluindo a autoestima, o autoconceito, a sexualidade o significado da vida, a relação da pessoa com uma ordem ou um ser mais elevado;
- Ambiental - que pertence ao meio, às condições e influências externas: a luz, o barulho, cor e mobiliário, temperatura, elementos, naturais ou artificiais, do meio;
- Social - que pertence às relações interpessoais, familiares e sociais (Tomey, & Alligood, 2004).

Na Teoria do Conforto, de Kolcaba (2003), os seus conceitos são:

- Enfermagem – apreciação intencional das necessidades de conforto dos pacientes, família e comunidade, dirigida à necessidade de conforto, e incluindo a avaliação do nível de conforto após a aplicação de medidas de conforto, usando uma base de comparação;
- Doente – indivíduo, família ou comunidade que recebem/necessitam dos cuidados de saúde;
- Ambiente – características do meio ambiente em que se insere o paciente, família ou comunidade, que influenciam o conforto e são possíveis de ser manipulados para a sua melhoria;
- Saúde – funcionamento ótimo, conforme definido pelo indivíduo, família ou comunidade.

Para Kolcaba (2003), no cuidado de Enfermagem, o conforto implica intervenções que podem ser realizadas para atingir o conforto total do paciente. Seguindo a sua linha de pensamento, a enfermeira identifica as necessidades de conforto (não satisfeitas) do paciente,

elaboram um plano de cuidados de acordo com estas necessidades, as variáveis de intervenção são tidas em consideração quando delineadas as mesmas assim como a sua probabilidade de sucesso. Se a intervenção é eficaz, o resultado do conforto é alcançado. E este está diretamente, e de um modo positivo, relacionado ao comportamento saudável. O paciente e a enfermeira concordam com os comportamentos saudáveis desejáveis e realistas, assim a teoria destaca que os pacientes que alcançaram o conforto estão mais aptos a adquirir comportamentos saudáveis.

Perante o exposto, o conceito de conforto que norteou a minha análise foi que o conforto é uma experiência holística, reforçado mediante a satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, a nível físico, espiritual, ambiental e social (Tomey, & Alligood, 2004).

2. PLANO DE TRABALHO E METODOLOGIA

Neste capítulo pretende-se descrever o plano de trabalho e metodologia utilizada, sendo composto por a definição de objectivos do projeto, a revisão da literatura e a análise das práticas.

2.1. Definição de objectivos

Foi definido como objetivo geral: Refletir sobre o papel do EESMO na promoção do conforto da parturiente durante o primeiro estágio do trabalho de parto. Como objectivos específicos foram delineados os seguintes:

- Identificar intervenções do Enfermeiro Especialista promotoras de conforto da parturiente;
- Mobilizar e aplicar a evidência científica, decorrente da pesquisa, em colaboração com o orientador e em parceria com a parturiente/família;
- Compreender o impacto das intervenções do Enfermeiros Especialista nas necessidades de conforto sentidas pelas mulheres durante o trabalho de parto;
- Refletir sobre os cuidados prestados, tendo como principal foco de atenção o conforto da parturiente;
- Discussão com a equipa sobre a prática clínica baseada na evidência clínica e respeito pelas opções da parturiente/família.

2.2. Revisão Sistemática da Literatura

A estratégia de pesquisa implicou uma primeira fase de pesquisa livre sobre a temática em estudo assim como consulta do documento da OE (2012) sobre a temática, que decorreu ao longo dos meses abril e maio de 2015, seguindo-se posteriormente a uma pesquisa nas bases de dados para se proceder a uma Revisão Sistemática da Literatura (embora seja usado o termo de revisão sistemática da literatura, não se pode considerar que tenham sido cumpridos todos os requisitos científicos obrigatórios para a realização da mesma), procurando conhecimento actualizado, esta pesquisa decorreu entre os meses de junho e julho de 2015.

Para a realização da presente revisão, segui as etapas referidas por Galvão, Sawada, & Trevizan, (2004), tendo sido o meu ponto de partida a formulação de uma questão orientadora para a pesquisa de artigos científicos que abordassem a problemática da importância do EESMO na promoção do conforto à parturiente durante o 1º estágio do trabalho de parto.

Tendo em conta os aspetos referidos anteriormente, delinee a seguinte questão orientadora (PI(C)O): **“Quais as intervenções do EESMO promotoras de conforto da parturiente durante o 1º estágio do trabalho de parto?”**.

Esta questão PICO pode ser dividida em três elementos constituintes:

P (População) – Parturientes durante o 1º estágio do trabalho de parto

I (Intervenção) – Promoção do conforto

O (Outcomes/Resultado) – alívio do desconforto

Os elementos acima apresentados ajudaram a definir os termos para a pesquisa: Trabalho de parto; cuidados de enfermagem; bem-estar materno; enfermagem obstétrica.

Para a revisão da literatura defini como critérios de inclusão:

- Participantes: parturientes em trabalho de parto, acompanhadas pelo EESMO.
- Fenómeno de interesse: estudos cujo fenómeno de interesse se relacione com a promoção de conforto à parturiente durante o trabalho de parto
- Desenho do estudo: estudos de investigação qualitativos e quantitativos primários;
- Idioma: Estudos indexados à língua inglesa, espanhola e portuguesa. A escolha deste critério prende-se pelo fato de dominar apenas estes idiomas

Como critérios de exclusão:

- Participantes: Grávidas com patologia associada ou não acompanhadas pelo EESMO.
- Estudos que não se cinjam ao fenómeno em estudo
- Todos os achados da pesquisa que não apresentem metodologia científica.
- Estudos de investigação pagos ou de difícil acesso.

Foi realizada uma primeira pesquisa em Maio, Junho e Julho de 2015, na EBSCO nas bases de dados: CINAHL e MEDLINE, tendo sido utilizados os seguintes limitadores:

- Limite temporal: estudos de investigação a partir de janeiro de 2008 até julho de 2015 (num primeiro tempo de pesquisa); 2015 a outubro de 2016 (num segundo tempo de pesquisa);

- Abstracts;
- Artigos em full texto.

As palavras-chave foram pesquisadas na sua forma indexada e quando tal não foi possível, foi pesquisado na sua forma natural. Foi realizada uma segunda pesquisa entre janeiro e outubro de 2016. Seleccionaram-se 26 artigos, que se revelaram adequados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Após leitura e análise criteriosa dos mesmos, foram então seleccionados 2 artigos, que correspondem à melhor evidência encontrada, tendo em conta a pergunta de investigação inicialmente formulada. Após obtidos os resultados atrás mencionados, optei por realizar uma pesquisa livre noutras bases de dados disponíveis, tendo encontrado mais 6 artigos que são adequados ao estudo. Adicionando aos artigos anteriormente encontrados, foram encontrados um total de 8 artigos:

- Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado (Silva, L.M., Barblerl, M., Fustinonl, S.M. 2011).
- Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo (Santos, L.M., Pereira, S.S.C. 2012).
- Cuidados e resultados de assistência na sala de relaxamento de uma maternidade pública, Rio de Janeiro, Brasil. (Pereira, A.L.F., Nagipe, S.F.S.A., Lima, G.P.V., Nascimento, S.D., Gouveia, M.S.F. 2012).
- O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas (Carraro, T.E., Knobel, R., Frello, A.T., Gregório, V.R.P., Grudtner, D.I., Radunz, V., Meincke, S.M.K. 2008)
- Dutch women in midwife-led care at the onset of labour: wich pain relief to they prefer and what do they use? (Klomp, T., Jonge, A., Janssen, A. LM. L. 2013).
- Nursing care during labor in a model maternity unit: cross-sectional study (Lucas, M.T.B., Rocha, M.J.F., Costa, K.M.M., Oliveira, G.G., Melo, J.O. 2015).
- Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente (Macedo, P. O., Progianti, J. M., Vargens, O. M. C., Santos, V. L. C., Silva, C. A. 2005).

- Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira (Frello, A. T., Carraro, T. E. & Bernardi, M. C. 2011).

A ficha dos artigos resultantes da pesquisa segue em anexo (apêndice II).

2.3 – Análise da prática clínica

A Enfermagem, como disciplina, tem contribuído para o aumento do conhecimento, sendo este visto como uma ferramenta necessária para responder às necessidades, cada vez mais complexas, com que nos deparamos no dia-a-dia da prática clínica. Por isso durante o meu percurso de aprendizagem procurei desenvolver estratégias que fossem ao encontro do que a evidência nos diz, mas também recolher dados que me permitissem conhecer a realidade do contexto pratico, identificar necessidades e refletir sobre as mesmas e assim munir-me de ferramentas para construir planos de cuidados que me as possibilitassem colmatar.

Embora já conhece-se o local onde desenvolvi o presente estágio, foi minha preocupação integrar-me no serviço enquanto aluna da especialidade, permitindo-me conhecer as dinâmicas, especificidades e particularidades do contexto, assim como as suas metodologias de trabalho e protocolos.

De uma forma informal fui procurando conhecer quais as estratégias já implementadas no serviço tendo em vista o conforto da parturiente/casal nos diferentes contextos (físico, ambiental, psicoespiritual e sociocultural), assim como a percepção da equipa sobre o tema. À medida que foi decorrendo a minha integração, fui contactando com os protocolos e instruções de trabalho em vigor no serviço, assim como dos meios existentes de possível utilização para a promoção do conforto da mulher.

Ao longo do estágio procedeu-se à colheita de dados durante o trabalho de parto através da observação participante, no âmbito da prestação de cuidados. Para Polit, Beck, & Hungler (2004, p.265), “a observação é usada para reunir informações como as características e as condições do indivíduo, as actividades, a comunicação não-verbal, as expressões faciais, os gestos, a ambientação”.

Foram realizadas notas de campo, decorrentes da minha interacção com as parturientes na prestação de cuidados durante o trabalho de parto e parto. De acordo com Bogdan, & Biklen (2006), as notas de campo são um relato descritivo-reflexivo, em que a descrição

pretende captar uma imagem por palavras do local, pessoas, ações e conversas, para que o leitor consiga compreender a situação vivenciada.

Procedeu-se a análise dessas mesmas notas, através da análise de conteúdo, sendo esta uma das técnicas de análise das comunicações, utilizando processos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (Vala, 2001).

Importa referir, que no decorrer do estágio e à luz do Código Deontológico do Enfermeiro, no decorrer da prestação de cuidados foram meus princípios orientadores: a responsabilidade inerente ao papel assumido; o respeito pelos direitos humanos; a procura da excelência do exercício; o princípio da beneficência e não maleficência; o princípio do respeito pela autonomia da cliente, ser livre, capaz de devidamente informada decidir por si mesma; o princípio da justiça e da veracidade.

Ao longo do estágio desenvolvi um percurso de aprendizagem estável, onde senti que os objectivos foram alcançados, tendo este estágio sido o culminar de um caminho já iniciado.

No decorrer do estágio foram vários os agentes que contribuíram para a construção daquilo que procurei desenvolver na prática. Nomeadamente, as reuniões com a docente orientadora, que permitiam o discutir e refletir sobre os problemas e limitações com que me deparei, de modo a encontrar respostas alternativas ou meios de contornar situações menos desejáveis. Também a possibilidade que me era dada de refletir sobre cada situação com a OL foi uma grande valia, na medida que me permitia desenvolver um pensamento critico-reflexivo sobre a minha atuação.

Os diários de aprendizagem que realizei ao longo do estágio permitiram, apos descrições de situações mais significativas, analisa-las de modo a refletir sobre o que senti e aprendi, assim como o que poderia ter sido feito melhor, permitindo assim o desenvolvimento de competências específicas e aquisição de novos conhecimentos.

No próximo capítulo pretendo realizar uma análise critico-reflexiva sobre o que foi o meu percurso de aprendizagem.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA

Enquanto futura EESMO, impulsionada por ideais humanistas e princípios pessoais, foi meu interesse contribuir para a mudança dos preconceitos em relação ao parto, sensibilizar os meus pares, dando a conhecer a evidência atual, motivando-os para a mudança, e sobretudo capacitar a mulher/casal para um papel ativo, dinâmico e principal.

Com processo formativo do EESMO pretende-se não só a aquisição de conhecimentos científicos baseados na evidência científica mais atual, como também a mobilização dos mesmos para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas definidas pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2010).

Foi com base nestas linhas orientadoras que delinee o meu percurso de aprendizagem, tendo como principal objetivo o enlevo da responsabilidade pelo exercício da promoção e manutenção da saúde da mulher e família inserida na comunidade, nas várias fases do seu ciclo de vida, desde o início da idade fértil até ao climatério.

Assim as várias atividades desenvolvidas ao longo deste meu percurso académico vão ao encontro das competências do EESMOG definidas pela OE (2010), mais concretamente aquelas que estão de acordo com o seu exercício profissional em contexto de sala de partos, sendo elas H2, H3, H4.

Com o objetivo de retratar de uma forma clara e concisa o meu percurso, assim como realizar uma verdadeira análise do mesmo, este encontra-se organizado de acordo com os meus objectivos e actividades desenvolvidas, seguindo a ordem natural do processo de maternidade: Gravidez, TP e Pós-Parto.

3.1. Prestar cuidados de enfermagem especializados às grávidas/família que ocorrem ao serviço de urgência obstétrica

De acordo com a OE (2010), uma das competências específicas do EESMOG é “cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal”.

A gravidez é um processo definido no tempo, circunscrito entre a concepção e o nascimento. Permite que a mulher se adapte psicologicamente ao novo papel que irá desempenhar, estando a preparação psicológica intimamente ligada às fases físicas da gravidez. Este período deverá ser visto como um período de transição do desenvolvimento, sendo um acontecimento normal e previsível na vida da mulher, que irá implicar um processo de reorganização e adaptação, não só a nível individual como familiar e social (Canavarro, 2006).

A gravidez é um estado fisiológico e natural na vida da mulher, que exige adaptações a nível físico, psicológico e social, para promoção do bem-estar e saúde da mulher, do feto e da família em geral. Embora seja um estado fisiológico não dispensa uma vigilância adequada ao seu desenvolvimento. A redução da morbilidade materna e perinatal depende essencialmente dos cuidados de saúde prestados à grávida e ao RN.

A vigilância da saúde da grávida/casal, no decorrer de uma gravidez normal, pode ser realizado num Centro de Saúde pelo médico, enfermeiro de família e/ou pelo EESMO, mas por vezes surgem situações patológicas associadas à gravidez e/ou riscos inerentes, que justificam o acompanhamento da saúde da grávida/casal por um obstetra, que além de detetar complicações, pode promover o contato da grávida/casal com o serviço e a equipa de obstetrícia (Santos & Vieira, 1999).

O facto de no Serviço de Obstétrica onde desenvolvi o estágio existir a valência de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia permitiu uma variedade de experiências de aprendizagem, o que constituiu uma mais-valia ao longo deste percurso. Desta forma, foi possível complementar conhecimentos que adquiri ao longo do EC em Centro de Saúde, mais propriamente nas consultas de Enfermagem de Saúde Materna. Considero que alcancei este objetivo, na medida que prestei cuidados abrangentes às grávidas/famílias que ocorreram ao Serviço de Urgência do hospital em questão. Tive oportunidade de conceber, planear, implementar e avaliar cuidados especializados nas mais diversas complicações obstétricas ou patologias associadas.

As situações mais comuns que habitualmente levaram as grávidas à urgência durante este estágio foram perdas sanguíneas e/ou queixas algícas tipo cólica abdominal, situação que se registava mais no 1º trimestre de gravidez, rotura prematura de membranas, ameaça de parto pré-termo, distúrbios hipertensivos, por recomendação obstétrica/médico de família/EESMO para indução do trabalho de parto com idade gestacional superior ou igual a

40 semanas, e/ou por risco correspondente a possível complicação materno-fetal (diabetes gestacional, RCIU).

Em função da idade gestacional e o motivo pelo qual a grávida ocorria ao serviço de urgência, as intervenções mais comuns eram a avaliação do bem-estar materno-fetal, com avaliação dos sinais vitais, avaliação da estática fetal, avaliação da cervicometria, auscultação dos batimentos cardio-fetais e colocação e interpretação do CTG. Ao longo destas intervenções aproveitava o momento para criar uma relação com a grávida/casal, de modo a que se sentissem confortáveis e em segurança, além de explicar os procedimentos e esclarecer dúvidas e receios. Realizava uma avaliação inicial com o objetivo de identificar necessidades/problemas, planeava as intervenções de enfermagem de acordo com o diagnóstico de enfermagem e, de acordo com o encaminhamento da situação, maioritariamente as grávidas tinham alta para o domicílio, era meu objetivo a promoção da continuidade dos cuidados.

Todos os momentos de prestação de cuidados eram aproveitados para a realização de educação para a saúde, com o intuito de promover a saúde, prevenir complicações e facilitar a adaptação da mulher a sua situação. Segundo Azevedo (2013), “o enfermeiro destaca-se como profissional de saúde na transmissão de conhecimentos à grávida.”

Em relação às grávidas que ficam internadas no serviço por APPT, o tempo gestacional nunca é inferior as 33 semanas, pois a capacidade técnica de cuidados perinatais da instituição não se encontra desenvolvida para receber prematuros com idade gestacional abaixo das 33 semanas de gestação.

Graça (2005) define o trabalho de parto pré-termo como o início antes das 37 semanas de gestação e depois de ser atingido o tempo de gestação estimado como limite inferior de viabilidade, o qual se pode situar entre as 22 e as 28 semanas, consoante a capacidade técnica de cuidados perinatais da instituição onde ocorre o parto. No entanto, a WHO (2005) define o aborto espontâneo sendo a perda de uma gestação antes da viabilidade fetal, 22 semanas de gestação.

A gestão do parto prematuro nessas situações consiste na administração de tocolíticos ou em permitir que o trabalho de parto evolua. Segundo a WHO (2005) deve-se iniciar tocolise se a gestação tiver menos de 37 semanas, o colo apresentar menos de 3 cm de dilatação, não existir infeção, pré-eclâmpsia ou sangramento ativo e se não houver sofrimento fetal. Se tiver menos de 37 semanas ainda é aconselhado administrar corticosteroides à mãe

para melhorar a maturidade pulmonar fetal e as possibilidades de sobrevida neonatal. Norwitz (2003) refere que é recomendado o repouso absoluto e a hidratação.

Tive a oportunidade de prestar cuidados a 8 grávidas em situação de APPT. Em apenas uma situação foi feito tratamento com atosibam®, segundo esquema, visto ser uma grávida com idade gestacional de 32 semanas e 2 dias, que apresentava contracções uterinas regulares, uma dilatação cervical de 2cm e apagamento do colo de 50% (confirmado por obstetra através de ecografia). Após 12h de tratamento sem se observar melhoria, a grávida foi transferida para outra unidade hospitalar com uma maior capacidade de resposta nos cuidados perinatais.

Nas restantes situações, uma vez que a idade gestacional era superior a 33 semanas, ficaram internadas no serviço para uma maior vigilância da evolução do trabalho de parto e vigilância materno-fetal, com indicação de repouso e hidratação. Em todas as situações foi administrado dexametasona 5mg, via intramuscular, de 12 em 12 horas por um período de 48 horas, para maturação pulmonar fetal.

Outra das causas frequentes de internamento no SO de Obstetrícia é a rotura prematura de membranas. A WHO (2005) afirma que esta situação pode ocorrer antes do trabalho de parto tanto quando o feto está imaturo (premature/antes das 37 semanas) como quando o feto está maduro (a termo).

Norwitz (2003) afirma que a incidência desta situação antes das 37 semanas é de 2 a 4% em fetos únicos e de 7 a 10% em gravidezes gemelares. O mesmo autor ainda define que rotura prematura das membranas prolongada é quando esta situação ocorre com um tempo superior a 24 horas e está associada a um risco acrescido de infecção intra-amniótica.

Neste período de tempo tive a oportunidade de prestar cuidados a grávidas/famílias no contexto de Urgência Obstétrica/Ginecológica ou no internamento de SO de Obstetrícia, com complicações e/ou patologia associada, nomeadamente pielonefrite, infeções urinárias, interrupção médica da gravidez, situações de aborto em evolução, APPT, RPM, situações de Pré-Eclâmpsia. Algumas das situações referidas implicam o repouso no leito, condição que conduz a um grau de dependência do outro, o que se torna desconfortável para a grávida.

Assim as minhas intervenções passavam por responder as necessidades de cuidados de conforto direccionados não só ao bem-estar físico mas também emocional, como nos refere Kolcaba (2003) é importante que a enfermeira identifique as necessidades de conforto não satisfeitas e elabore um plano de cuidados para que seja alcançado o conforto desejado pelo

doente, promovendo o bem-estar. Na ajuda nos cuidados de higiene incentivei o uso dos seus produtos de higiene e sua roupa, para que se sentisse mais confortável e segura, promovi privacidade para os momentos de descanso necessários ou mesmo para responder à necessidade de ficar sozinha com os seus pensamentos, promovi o apoio e a presença do convivente significativos e outros familiares considerados importantes e próximos nestes momentos, mostrei disponibilidade para o diálogo e para a escuta, foi sempre meu cuidado explicar a necessidade de todas as intervenções e esclarecer dúvidas e receios, mesmo em momentos de silêncio, tentei fazer notar a minha presença através do toque terapêutico, quando este era recebido de forma positiva.

3.2. Prestar cuidados de enfermagem especializados às mulheres/família que acorrem ao serviço de urgência ginecológica.

Conforme descrito no regulamento das competências específicas do EESMOG da OE (2010), este deve “cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, no sentido de potenciar a saúde.”

A ginecologia envolve uma multiplicidade de situações e acontecimentos importantes no ciclo vital da mulher, nomeadamente afeções do aparelho génito-urinário e ou mama, processo de transição à menopausa, período climatério e processos necessários de adaptação à menopausa. São situações significativas da saúde da mulher/casal, que podem fomentar nos mesmos sentimentos depressivos, uma vez que estão intimamente relacionados com a imagem corporal da mulher e a saúde sexual do casal.

É importante o papel do EESMOG, na medida em que promove a saúde ginecológica da mulher assim como a saúde sexual do casal, deteta precocemente complicações, potenciando o processo de adaptação da mulher/casal a estas novas vivências.

Sempre foi meu objetivo aproveitar as oportunidades de aprendizagem que este estágio tinha para me oferecer. Quando existia tempo disponível a minha OL aconselhava-me e acompanhava-me a participar no atendimento da mulher ao Serviço de Urgência Obstétrica/Ginecológica.

Durante este período de tempo as situações mais comuns que levaram a mulher a ocorrer ao Serviço de Urgência destacam-se as infeções vaginais, infeções urinárias, hemorragias vaginais e metrorragias.

Tive assim oportunidade de colaborar no diagnóstico e prevenção de complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário. Através de ações como planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher, orientando e informando a mesma, promovendo assim a decisão esclarecedora no sentido de potenciar a saúde.

Fui adquirindo uma autonomia progressiva e permito-me afirmar que no final do estágio estava autónoma na prestação de cuidados de enfermagem, inserida na equipa de urgência, assim como na elaboração de pensamento crítico na análise e resolução de problemas, mas sempre numa atitude adequada à minha situação de estudante.

Considero ser importante o apoio prestado pela EESMOG, visto que promove a saúde ginecológica da mulher assim como a saúde sexual do casal, deteta precocemente complicações, potenciando o processo de adaptação da mulher/casal a estas novas vivências.

O conforto também se traduz pela comunicação, através do diálogo, para promoção da tranquilidade desejada. Demonstrar delicadeza no cuidado, compreensão e presença, são atitudes que favorecem o conforto, assim como o saber ouvir e interpretar o que é transmitido.

A Educação para a Saúde que se desenvolve nestas situações “deve capacitar as pessoas, fazer nascer consciência crítica, tornar as pessoas conscientes de fatores (...) que possam prejudicar a saúde” (Carvalho, 2006, p.25).

Kolcaba diz-nos que com a ajuda dos enfermeiros, o paciente pode superar as suas dificuldades. Um dos pressupostos que a teoria do conforto descreve é que o conforto dá ânimo aos pacientes para empreenderem comportamentos saudáveis (Tomey, & Alligood, 2004). A base da teoria do conforto assenta no pressuposto que os pacientes que alcançam o conforto encontram-se mais motivados a participar dos comportamentos de saúde saudáveis (Kolcaba, 2003).

Embora o atendimento num Serviço de Urgência seja, na sua maioria, num curto período de tempo e o local não proporciona a privacidade necessária para a realização de educação para a saúde, é importante encaminhar a mulher para os cuidados de saúde primários, para as consultas de planeamento familiares, promovendo a continuidade dos cuidados, pois só assim estes serão bem-sucedidos.

3.3. Prestar cuidados de enfermagem especializados às parturientes/RN/família ao longo dos diferentes estádios do trabalho de parto.

De acordo com o Regulamento de Competências do EESMOG (OE,2010), este “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina”

A mulher experimenta uma das mais profundas mudanças na sua vida por ocasião do parto, incluindo alegria e ansiedade. Inicia-se com a primeira contração uterina, continua a aumentar no decorrer das horas, com os esforços próprios do trabalho de parto e culmina com o nascimento, a partir do qual é iniciada a relação mãe-filho. É importante que o profissional que está acompanhando o parto consiga transmitir à parturiente e à família apoio e confiança para o sucesso da sua assistência (Dotto, Mamede, & Mamede, 2008).

Esta assistência deve-se basear nas preferências e opções da mulher/casal no que respeita à experiência do parto que querem vivenciar, tendo em conta as suas crenças, valores e tradições (IMC,2013).

Mantive como linha norteadora de pensamento a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, com o intuito da promoção do bem-estar nos contextos físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural através de intervenções que respondam às necessidades de conforto nos contextos referidos.

Durante a admissão da grávida/família foi sempre meu propósito estabelecer uma relação de confiança, explicar todos os procedimentos, assim como as normas do serviço e apresentar o mesmo e a equipa, dado que “a forma como o enfermeiro comunica com a mulher no primeiro contato, pode determinar a vivência de uma experiência de nascimento positiva” (Lowdermilk, & Perry, 2008).

O atendimento humanizado e atencioso dos profissionais, deve transmitir bem-estar à mulher/casal, protecção e segurança esperados por estes. O ambiente pode influenciar a primeira impressão das pessoas, de acordo como as condições que se apresentam, pois irá haver um envolvimento de todos os presentes na ocasião do trabalho de parto e parto.

Estes momentos de conhecimentos e partilha permitem criar uma relação de proximidade e confiança, empoderando a mulher/casal com conhecimento, promovendo a sua autonomia e capacitando-os para uma tomada de decisão informada sobre o seu parto.

Observei que a mulher frequentemente adota um papel passivo durante o seu trabalho de parto, desprovido-se da sua autonomia. A centralização das decisões cabe aos profissionais, quase em exclusivo, partindo-se do princípio que a sua atuação se baseia sempre no melhor interesse da mulher/RN/família. Por isso, mais do que reconhecer a autonomia da mulher, é importante capacitá-la para a tomada de decisão sobre o seu parto.

Segundo a OE (2010) é da competência do EESMO que o trabalho de parto decorra num ambiente seguro, com o objetivo de otimizar a saúde da mulher e do RN na sua adaptação à vida extrauterina, diagnosticando e prevenindo, precocemente, anomalias e/ou complicações.

No momento da admissão das parturientes para internamento, após a colheita de dados (anamnese), era avaliado bem estar fetal através de CTG, puncionado acesso venoso periférico e colocada perfusão de soro polielectrolítico glicosado. Também faz parte dos procedimentos de admissão a realização do toque vaginal para avaliação da cervicometria, após informação do ato e posterior consentimento, para deteção do apagamento, amolecimento, dilatação e posição do colo do útero, variedade fetal, altura da apresentação, integridade das membranas e características do líquido amniótico, em caso de BAR. Posteriormente cálculo do Índice de Bishop, nos casos de internamento para indução do trabalho de parto. As taxas de sucesso da indução do TP são mais elevadas quando o colo se apresenta favorável. Para tal pode se utilizar um sistema de classificação, geralmente o Índice de Bishop. (Lowdermilk et al., 2008). Segundo Gilbert & Harmon (2003), citado por Lowdermilk, & Perry (2008), existe uma maior probabilidade de a indução do parto ser bem-sucedida se o índice for igual ou superior a 9 nas nulíparas e igual ou superior a 5 nas multíparas.

Para acelerar o TP foi prática comum a administração de medicação ou a realização de amniotomias, o que leva a necessidade de uma perfusão de fluidos permanente assim como CTG contínuo, levanta-se então a questão acerca dos procedimentos rotineiros e desnecessários que continuam a ser uma realidade.

Houve momentos em que questionei acerca do CTG contínuo ou da perfusão intravenosa com o intuito de os retirar por momentos e permitir assim uma maior liberdade de movimentos e conforto à parturiente. Também Porto, Amorim e Souza (2010), a partir de uma revisão de literatura, diz-nos que o uso de soros glicosados não deverão constituir uma rotina

para prevenir a hipoglicemia neonatal, visto que, em alguns casos, pode causar o efeito contrário através da estimulação da produção de insulina pelo pâncreas fetal.

Estando no papel de estudante e para sensibilizar a equipa para determinados aspetos é importante a capacidade de adaptação a cada situação e geri-la de forma individual. Existindo no serviço a monitorização por wireless (dois dispositivos) utilizei as vantagens dos dispositivos em prol das parturientes, gerindo da melhor forma possível a liberdade de movimentos da mesma.

Quando não existia BAR e em TP ativo proporcionei e incentivei as parturientes a deambularem pelo serviço, a utilizarem a bola de pilates para redução do desconforto e permitir momentos de relaxamento, assim como a ida ao WC para esvaziamento vesical, já que uma bexiga distendida pode dificultar a descida da apresentação (Lowdermilk, & Perry, 2008).

Além da deambulação, a bola é uma estratégia para o movimento ativo durante o trabalho de parto, ou seja, a bola é um recurso que estimula a posição vertical, permite liberdade de movimento e adopção de diferentes posições, permite o exercício e balanço pélvico, sendo também um objeto lúdico que distrai a parturiente (foco de atenção), promovendo um trabalho de parto tranquilo (relaxamento) e serve de suporte para outras técnicas, como a massagem e banho de chuveiro (Germain & Parés, 2007).

Enquanto algumas parturientes aderiram com interesse e motivação aos exercícios com a bola, observei que algumas não se mostravam participativas devido ao desconhecimento dos benefícios da mesma e outras devido à falta de privacidade, uma vez que partilham a enfermaria com outras duas parturientes e seus acompanhantes, optando assim pela deambulação.

Em situações em que a deambulação não era possível pela necessidade de monitorização da FCF contínua, dada a administração de misoprostol ou pela presença de perfusão de oxitocina via endovenosa, trabalhei juntamente com a mulher/casal os exercícios possíveis de realizar na bola, mesmo com CTG colocado. A colaboração por parte de algumas das parturientes foi positiva. Por vezes sentiam dúvidas sobre o desenrolar do trabalho de parto e expectativas sobre o tempo que iria durar, e o facto de poderem fazer algo, ou seja, terem um papel ativo no seu trabalho de parto, colaborarem com o seu corpo, as motivava e acalmava, sentiam que se estava a fazer algo. O que observava nas mulheres a quem era dado um papel passivo, era um rosto ansioso de quem olha os minutos a passar sem ver resultados.

O tema em destaque é relevante para a enfermagem dado que contribui para o cuidado à parturiente, ao relacionarmos o ato de confortar a mulher com o desconforto provocado pelo trabalho de parto. Uma situação que pode ser controlada através da promoção do conforto incluída nas intervenções de enfermagem nos diferentes contextos, permitindo uma ampliação do campo de prática do enfermeiro especialista.

A utilização da bola, dançar, deambular e poder movimentar-se livremente, são medidas de conforto. Estudos demonstram que as mudanças de posições favorecem o trabalho de parto, uma vez que exercem efeitos sobre a atividade uterina e ainda proporcionam conforto (Silveira, & Fernandes, 2006).

Participei no momento da realização da analgesia regional às parturientes a quem estava acompanhando o trabalho de parto, agindo de acordo com a norma de serviço. Considerei a minha presença importante durante o procedimento, não apenas pelo apoio necessário ao anestesista, mas no sentido que sendo uma técnica invasiva, permitiu-me dar apoio à parturiente, não só pela presença mas também, através do toque terapêutico e diálogo. Senti que a minha presença foi útil para a parturiente, por diversas vezes observei que era a própria que procurava o toque da minha mão para seu conforto.

A partir do momento em que tinham de permanecer no leito, quer por rotura de membranas quer por analgesia epidural, (norma defendida pelo serviço de anestesia, que num futuro gostaria de aprofundar o que nos diz a evidência acerca do levante após analgesia epidural), ao longo da fase ativa do 1º **estádio** do TP, as mesmas permaneceram já na sala de partos, alternando decúbitos no leito, com avaliação materno-fetal permanente (CTG, parâmetros vitais maternos).

O facto de existir sistema de som na sala permitia-me oferecer música, relaxante ou de acordo com os gostos musicais da parturiente/casal para aquele momento. De acordo com o que tinha para lhes oferecer, silêncio, ou música, a minha presença, luminosidade diminuída, privacidade, observei algumas parturientes relaxarem, alcançarem o conforto e adormecerem no intervalo das contrações.

Na visão de Kolcaba e DiMarco (2005), relacionados com o conforto ambiental, esta incluída a ausência de barulhos e de luminosidade intensa, sendo necessárias a privacidade, a tranquilidade e a esfera familiar.

Ao longo da prestação de cuidados às parturientes pude aperceber-me que o principal sinal de dilatação completa foi a menção por parte das mesmas da sensação de pressão no

períneo assim como a necessidade de iniciar esforços expulsivos (reflexo de Ferguson). “Logo que a apresentação atinge o pavimento pélvico, as contrações adquirem um caráter expulsivo. A mulher em trabalho de parto sente uma necessidade involuntária de fazer esforços expulsivos” (Lowdermilk, & Perry, 2008, p. 343)

Após a confirmação pelo toque vaginal da presença de dilatação completa – 10 cm, orientei as parturientes a iniciarem esforços expulsivos. Na sua maioria, estas não tinham frequentado cursos de PPP, a educação para a saúde neste momento foi importante na orientação dos esforços expulsivos.

Foi sempre meu objetivo manter uma postura calma e segura, durante a assistência à parturiente no período expulsivo, dando-lhes informação acerca da evolução do parto. A posição adotada para as parturientes no momento do parto é a posição litotomia modificada. Através de conversas informais e reflexões com a OL, expondo alguma da evidência científica pesquisada, falou-se sobre a possibilidade, aquando da dilatação completa, de se beneficiar da força da gravidade para promover a descida, uma vez que os esforços expulsivos são mais eficazes em posições verticais e estas favorecem assim a descida da apresentação. Houve então situações em que foi possível colocar a parturiente a realizar esforços expulsivos, durante a descida da apresentação fetal, na posição sentada, observando-se benefícios para esta fase do trabalho de parto.

Segundo Lowdermilk (2008), citando Gupta e Nikodem (2001), a “posição afeta as adaptações anatómicas e fisiológicas da mulher ao trabalho de parto, mudanças frequentes de posição aliviam a fadiga, aumentam o conforto e melhoram a circulação”.

Ainda segundo Simkin & Ancheta (2005), a mudança frequente de posição permite mobilizar os ossos da bacia para ajudar o feto a encontrar a melhor posição, as posições verticais usam a gravidade para ajudar na descida do feto através do canal de parto.

Durante todo o processo da condução do trabalho de parto penso que consegui, através dos meus cuidados, promover o conforto da parturiente/casal. Sempre foi minha ambição conseguir conduzir um parto de modo a que a parturiente/casal tivessem confiança em mim e na minha ajuda, e que lhes conseguisse proporcionar uma boa experiência, apesar dos incómodos em termos fisiológicos, e tenho consciência que só o consigo com a minha presença, com uma relação de empatia e diálogo, são estes alguns dos aspectos que fazem parte de um cuidado humanizado, sendo benéfico e estimulante para a parturiente, visto que

se encontra mais sensibilizada e carente de atenção e respeito. Acrescento que o ambiente da sala de partos e a presença do acompanhante são contributos para o conforto no alívio da dor.

Após o nascimento, **3º estágio**, mantive uma atitude calma e expectante aguardando pelo momento da dequitação – expulsão da placenta. Pesquisei os sinais de descolamento da placenta, já não se dá a retração do cordão quando aplicada pressão supra-púbica, tornando-se este mais visível, e há um afluxo de sangue à vulva. Após a saída da placenta em todas as situações procedi à sua observação: mecanismos de descolamento (Schultze ou Duncan); integridade da mesma; inserção do cordão e presença de anomalias da placenta/cordão umbilical. Para uma avaliação completa e mais segura, realizei pesquisa de coágulos sanguíneos no “fundo de saco”.

Após expulsão da placenta, solicitei a administração de oxitocina EV (intervenção institucionalizada nesta unidade – administração de 10 unidades de oxitocina EV diluída) à colega que estava presente na sala de partos, para estimular a contratilidade uterina e a prevenção de hemorragia uterina, como refere Lowdermilk & Perry (2008). Ao mesmo tempo que a colega procedia à administração da oxitocina, eu realizava a pesquisa de lacerações e/ou observação da episiotomia para iniciar a episiorrafia e/ou sutura de lacerações. Esta técnica suscitou-me algumas dúvidas acerca dos tecidos em função dos diferentes planos de sutura, contudo tive a oportunidade de aprofundar a mesma e desenvolver capacidades na sua execução.

Foi meu objetivo, sempre que possível e após avaliação do períneo, tentar realizar partos sem necessidade de episiotomia, promovendo assim o períneo intato, pois segundo BORGES (2002) o “uso seletivo está associado a melhores resultados, (...), uma diminuição das lesões severas e um maior número de períneos intatos (...)”, pelo que o “uso restritivo parece trazer alguns benefícios quando comparado com políticas de uso generalizado” (BORGES, 2002).

Nos 40 partos em que tive a oportunidade de participar, realizei no total 19 episiotomias, promovi 7 períneos intatos, sendo os restantes números lacerações de I e II grau posteriormente suturadas.

Apesar do que nos diz a evidência ainda observei o uso rotineiro da episiotomia, apesar de não cumprir a maioria dos objetivos pelos quais é justificada, designadamente: prevenção do trauma perineal grave, prevenção de danos do assoalhado pélvico e prevenção de lesões do pólo cefálico do recém-nascido aquando do nascimento. Alguns autores

justificam o seu uso para prevenir o suposto afrouxamento pélvico irreversível do parto, contudo sabe-se que isso depende do tônus da musculatura vaginal, da sua contração e relaxamento. Critérios válidos para a realização de episiotomia são o sofrimento fetal, a macrosomia, a prematuridade, distocia de ombros, parto com fórceps ou ventosa, a falta de colaboração materna e a pouca elasticidade perineal (Carvalho, Souza, & Filho, 2010).

Em 1996 a Organização Mundial de Saúde (OMS) quando publicou o “Guia Prático para Assistência ao Parto Normal” com base em 218 estudos que apontam as melhores evidências científicas, classificaram a episiotomia como uma prática frequentemente utilizada de modo inadequado. Esta publicação afirma que não existem evidências fiáveis que o uso rotineiro da episiotomia tenha um efeito benéfico, mas há evidências claras de que pode causar danos. É apontada como fator de risco para o desenvolvimento de traumatismo, infecções, hematomas, dor, hemorragia aumentada.

O pós-parto é um período que se segue ao parto e implica ajustamentos físicos, psico-emocionais e sociais. É uma etapa durante a qual se dá o retorno das características dos órgãos reprodutores ao estado anterior à gravidez – puerpério, ocorre a adaptação, por parte da mulher, a uma nova identidade – identidade materna, a aprendizagem de um novo papel, o de mãe, o ajuste de um novo elemento familiar, com uma identidade própria, o filho, e toda uma reestruturação das relações familiares e sociais (Afonso, 1998).

De acordo com Lowdermilk & Perry, (2008), o período pós-parto define-se como um período que decorre entre o nascimento do RN e o retorno dos órgãos maternos ao seu estado não gravídico, designado de puerpério, com uma duração de seis semanas após o parto.

Existe uma classificação cronologia para o puerpério, as primeiras 2 horas após a dequitação é o puerpério imediato ou o **4º estágio** do TP, o puerpério precoce decorre até ao final da 1ª semana e o puerpério tardio da 2ª à 6ª semana.

Nesta instituição, por se tratar de um serviço único, o puerpério imediato ocorre na enfermaria de internamento do puerpério, para onde a puérpera e RN são transferidos após o parto.

É importante que o profissional detenha conhecimentos sobre a anatomia e fisiologia materna, período de recuperação, características físicas e comportamentais do RN e reação da família ao nascimentos da criança, para poder prestar cuidados especializados e apropriados (Lowdermilk, & Perry, 2008). O pós-parto é uma etapa marcada pela grande vulnerabilidade física e emocional para a puérpera, um período que compreende mudanças e consequentes

reajustamentos ao papel maternal (Lowdermilk, & Perry, 2008). O processo de adaptação à maternidade, que já se vai desenvolvendo ao longo da gravidez, torna-se mais evidente após o nascimento do filho. Assim, a adaptação da mulher no pós-parto é influenciada por um conjunto de vivências, sentimentos, atitudes e comportamentos. Esta adaptação, segundo Afonso (1998), é descrita por Manning (2008) e por Edwards (2002) em três fases distintas: fase dependente, fase dependente-independente e fase interdependente.

A fase dependente diz respeito, em termos temporais, às primeiras 24h a 48 horas após o parto e decorre, habitualmente, durante o internamento na Maternidade. É uma fase de grande entusiasmo e excitação para a mulher, toda a energia psicológica da mulher se encontra dirigida para o RN. Este aspeto é um dos motivos pelos quais as necessidades de cuidados da puérpera, nesta fase, são muitas vezes supridas por outros, nomeadamente o enfermeiro, o cônjuge e outros familiares. Na medida em que os outros a apoiam na satisfação das suas necessidades básicas isso facilitará o canalizar da sua energia psicológica para o filho, para a satisfação das suas necessidades (Manning citado por Afonso, 1998).

A fase dependente-independente inicia-se no segundo ou terceiro dia após o parto e dura cerca de dez dias. Nesta fase coexiste o desejo de independência e a necessidade e aceitação de alguma orientação nos cuidados. É uma fase em que a mulher tem grande necessidade de ser aceite por parte dos outros e têm grande ânsia de novas informações e de desenvolver competências cuidativas. A mulher demonstra interesse em começar a reassumir as suas atividades de forma autónoma, nomeadamente em relação aos cuidados ao RN, reagindo com entusiasmo às oportunidades de aprendizagem relacionadas com a prestação de cuidados a este, bem como de desenvolver esses mesmos cuidados (Edwards citado por Afonso, 1998).

Ultrapassada esta fase e ao dominar as tarefas parentais, a mulher prossegue para a fase seguinte, denominada de fase interdependente. Esta fase é marcada por uma (re)organização da relação entre a mulher e o seu companheiro, para além da restante família, que se movimentam no sentido de formar uma unidade. Nesta fase, o relacionamento do casal, embora influenciado pela introdução de mais um elemento na dinâmica familiar, retoma muitas das suas características anteriores (Edwards citado por Afonso, 1998).

Compete ao EESMO, como profissional que acompanha todas as fases do ciclo de vida da mulher, promover cuidados, disponibilizar apoios e definir estratégias com as famílias de modo a promover o processo de adaptação à parentalidade.

No contexto do presente EC o contato de prestação de cuidados diretos com a puérpera, neste período, resumiu-se ao puerpério imediato. Após transferência para a enfermaria e acomodação da puérpera e RN na sua unidade individual, é oferecida uma refeição ligeira à mulher, de continuação à promoção da amamentação já iniciada na Sala de Partos. Neste período há necessidade de uma maior vigilância do bem estar materno, devido a um maior risco de hemorragia pós-parto, esta pode ocorrer devido a atonia uterina, lacerações cervicais, vaginais ou perineais, hematomas pélvicos ou rotura uterina, por tecidos retidos ou mesmo uma coagulopatia.

Estas primeiras duas horas após o nascimento constituem um tempo crucial para a mãe e o RN. É um período de conhecimento mútuo, mãe e filho estão a estabelecer relações entre eles e com os restantes membros da família. É um período privilegiado para iniciar a amamentação (se for esta a decisão da mulher) porque o bebé está em estado de alerta e pronto a ser amamentado. Por outro lado, amamentar neste estágio também ajuda a contrair o útero e a evitar uma hemorragia uterina (Lowdermilk, & Perry, 2008).

Neste momento é realizada alguma educação para a saúde, nomeadamente acerca do 1º levante, que por norma do serviço é realizado cerca de 4 a 6h após o parto, com a presença de uma enfermeira e uma avaliação da mesma à puérpera; da amamentação, da lactação, o horário livre das mamadas, sinais de pega correta do RN à mama, tentei sempre mostrar-me disponível para dar apoio no início da amamentação; da importância da dieta alimentar da puérpera como forma de suprir as necessidades energéticas que o TP e a amamentação acarretam. Quando da realização dos cuidados perineais à puérpera, é sempre um momento que falamos acerca dos cuidados de higiene perineal em cada ida à casa de banho e a importância de manter aquela zona seca e limpa.

Segundo Manning citado por Afonso (1998), nesta fase a excitação, a ansiedade, as dores e desconfortos relacionados com o parto, e também a preocupação com desempenho no seu novo papel, tornam a mulher pouco disponível para assimilar as informações, nomeadamente acerca do seu autocuidado e dos cuidados do seu filho, por isso muitas das informações transmitidas pelos enfermeiros, após o parto, não são devidamente percebidas pela mulher.

É na fase dependente-independente, que a puérpera reage com maior entusiasmo e interesse à educação para a saúde realizada (Afonso, 1998).

O processo de transição para a parentalidade inicia-se durante a gravidez mas não se completa quando da alta clínica do hospital, pelo que o EESMO deve trabalhar em articulação com os outros profissionais de saúde com o intuito de promover a continuidade dos cuidados, a puérpera/família devem ser informados dos recursos disponíveis na comunidade a que podem recorrer para responder às suas necessidades.

Uma vez que a sala de partos e o internamento de puerpério constituem o mesmo serviço, Serviço de Obstetrícia, foi minha preocupação estar com a puérpera a quem prestei os cuidados, não só pela relação que senti que se desenvolveu por participar no nascimento do seu filho, mas também porque foi sempre minha preocupação compreender o impacto das minhas intervenções para responder as necessidades de conforto sentidas enquanto parturiente e compreender como aquela mulher vivenciou os cuidados por mim prestados e o seu trabalho de parto e parto. Como aluna, em processo de aprendizagem, existiu sempre a preocupação de observar o resultado da técnica de correção cirúrgica perineal com o intuito de identificar melhorias. Apesar de exercer funções no internamento de puerpério como profissional, o modo como agora realizo a avaliação da puérpera é feita com “outros olhos”, agora detentora de conhecimentos mais profundos e especializados tenho consciência que houve uma melhoria significativa no meu desempenho.

Particpei em 40 partos, tive a oportunidade de prestar cuidados e acompanhar 56 mulheres em trabalho de parto. Um fato que me proporcionou uma riqueza de situações vividas, de aprendizagem e momentos impulsionadores do desenvolvimento de competências próprias a todo este percurso de aprendizagem. Por diversas complicações maternas (sangramento vaginal inespecífico, incompatibilidade feto-pélvica) ou, maioritariamente, por sofrimento fetal (desacelerações contínuas, bradicardia) alguns dos trabalhos de parto que acompanhei evoluíram para partos distócicos, o que me permitiu prestar cuidados em situações de complicações materno-fetais, algumas urgentes outras não, durante o TP e assim desenvolver a minha prática.

Mais do que assistir a mulher durante o parto, o poder acompanha-la durante o caminho que percorre até esse momento, é tão compensador. Sinceramente quero descrever sentimentos e mais uma vez não consigo colocá-los no papel.

3.4. Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação à vida extrauterina

Uma das competências específicas que a OE (2010) determinou para o EESMO determina que este “Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina”, concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções de promoção da vinculação da tríade.

Os cuidados imediatos ao RN no nascimento têm como finalidade proporcionar ao mesmo, condições ótimas, aplicando a melhor evidência científica, que visem ajuda-lo na sua adaptação à vida extrauterina com a mínima interferência, assim como detetar e intervir em situações anómalas que o coloquem em risco de vida.

Existem aspetos básicos a serem respeitados: todos os cuidados devem ter em conta o bem-estar do RN e os seus direitos; o respeito pelas preferências dos pais; o mínimo de interferência na adaptação à vida extrauterina; facilitar e promover o vínculo mãe/pai-filho; não separar o RN da mãe; promover, proteger e apoiar o aleitamento materno; informar os pais sobre os cuidados ao RN e a vigilância dos sinais de alarme; realizar profilaxia da doença hemorrágica do RN e realizar a profilaxia oftálmica neonatal (Sánchez Luna, Pallás Alonso & Botet Mussons, 2009).

O desejável é que bebés saudáveis e ativos se mantenham sobre o abdómen e tórax materno pelo menos 60 minutos, sendo o correto 2h, sem nenhuma interrupção, se o estado da mãe e do bebé assim o permitirem. Estes bebés não precisam de nenhuma reanimação e a fonte de calor é a própria mãe. Este procedimento deve ser oferecido a todas as mães, incluindo as que tenham decidido não amamentar (Sánchez Luna et al., 2009).

É importante proporcionar um ambiente tranquilo, seguro e confortável, com a presença da mãe e do pai, a temperatura da sala de partos de estar acima dos 20°C, de preferência pouca luminosidade. É igualmente importante que exista uma relação adequada do EESMO com a família, de forma a explicar a importância do estabelecimento do vínculo, as adaptações do RN à vida extrauterina, o início da amamentação, os cuidados que irão ser realizados ao RN.

Durante o estágio, no momento do nascimento do RN, a maioria eram levados para o berçário, local onde se procedia ao exame objetivo do RN, avaliação da integridade do SNC pela presença de reflexos simétricos, fortes e coordenados; aspiração de secreções se

necessário; avaliação do peso, profilaxia da prevenção de hemorragia (administração de vitamina K); e profilaxia da infecção ocular (administração de colírio oftálmico - cloranfenicol). Eram colocadas duas pulseiras no RN, uma com a identificação da mãe e outra com o sistema de segurança baby match. Após o exame e depois de vestir o RN, este era colocado perto da mãe e/ou do pai/pessoa significativa, caso o RN estivesse estável. Por vezes era necessário manter o RN perto duma fonte de calor para prevenir o arrefecimento ou na presença de gemido e/ou adejo nasal. A temperatura do feto mantém-se superior 0,5°C à da mãe, no entanto no momento do nascimento há um arrefecimento, por diminuição da temperatura envolvente do feto, perda de calor por evaporação, radiação, condução e convecção. Um arrefecimento acentuado do RN pode levar a um aumento do consumo de O₂, e por conseguinte a uma situação de SDR, hipoglicémia, entre outros, daí a importância que as salas de partos e o berçário sejam pré-aquecidos no momento do nascimento.

Estudos demonstram que o contato pele a pele com a mãe é favorecedor da regulação da temperatura do bebé, como tal, sempre que possível, tentei retardar a ida do RN para o berçário pelos benefícios que este contato proporciona, sensibilizando a equipa para os mesmos em conversas informais.

O método “mãe-canguru” defende que o contato pele-a-pele com a mãe, em que a cabeça está próxima do coração desta, promove benefícios para o RN. Os resultados são significativos em termos de estabilidade da temperatura e dos batimentos cardíacos do bebé, bem como do conforto proporcionado e da efetivação dos laços afetivos da mãe com o mesmo (Carvalho, 2001). Defendendo esta teoria, Venâncio & Almeida (2004), num artigo de revisão, concluiu que “existem evidências de que um contato íntimo da mãe com o seu bebé prematuro pode interferir positivamente na relação desse bebé com o mundo”, na mesma linha de pensamento a mesma autora, citando Affonso et al (1989), num estudo que este realizou com 33 mães que realizaram este contato pele a pele com os seus bebés e um grupo controle, observou uma maior tendência para estabilidade emocional nas mães que tiveram este contato comparativamente com as do grupo controle.

Outros benefícios, referidos na evidência científica, que o contato pele a pele proporciona são: maior frequência e duração do aleitamento materno, menor dor e ingurgitamento mamário materno e menor ansiedade da mãe, diminuição do tempo de choro do RN e estabilidade cardiorrespiratória (Sánchez Luna et al., 2009).

3.5. Refletir sobre o papel do EESMO na promoção do conforto da parturiente durante o primeiro estágio do trabalho de parto

A experiência do parto é um momento único, marcante e significativo na vida da mulher. Durante muitos anos, esse momento e a forma como o vivenciou e o que sentiu durante o nascimento do seu filho serão lembrados ao mínimo pormenor.

Assim, Lopes, Meincke, Carraro, Soares, & Reis (2009) acreditam que a satisfação da mulher em relação ao parto e crescimento do seu filho está ligado a diversos factores. Destacam a cultura, expectativas, experiências, conhecimentos existentes e a atenção e os cuidados recebidos durante o trabalho de parto.

A mulher/casal, enquanto usufruidores dos cuidados especializados prestados pelo EESMO, têm o direito ao respeito pela sua perspetiva individual e de inter-relação com os conviventes significativos no ambiente sociofamiliar em que vivem (OE, 2012). Por outro lado, o EESMO deve possuir competências suportadas nas teorias de enfermagem para orientar o seu exercício profissional especializado e ter em conta as características dos contextos clínicos para estimular a qualidade dos cuidados prestados.

Foi então meu objetivo identificar as intervenções do Enfermeiro Especialista promotoras de conforto da parturiente, assim como compreender o impacto das mesmas na necessidade de conforto sentida pelas mulheres durante o trabalho de parto.

3.5.1. Resultados obtidos, análise e discussão dos achados

A observação e a recolha de dados foram realizadas ao longo de todo o trabalho de parto de 7 parturientes, todas elas internadas para indução do trabalho de parto. A escolha deveu-se ao facto de ter tido a oportunidade de seguir todo o processo de internamento destas 7 mulheres, desde o seu internamento, realizando o seu acolhimento no serviço, até ao parto e puerpério imediato.

Tendo como base a teoria do conforto de Kolcaba e os resultados da revisão sistemática da literatura, analisei os dados por mim recolhidos, avaliando a necessidade de conforto físico, ambiental, psicoespiritual e o sociocultural.

Durante a análise é feita uma ilustração com fragmentos das notas de campo articulando-os com excertos teóricos, resultantes da pesquisa realizada. De forma a garantir o

anonimato dos participantes, as notas de campo foram codificadas com letras (por exemplo: NC1 – nota de campo 1).

O quadro seguinte constitui um resumo dos principais temas obtidos, suas categorias e subcategorias:

Quadro1 - Categorias e subcategorias identificadas nas notas de campo

Categorias	Subcategorias
Ambiente	<ul style="list-style-type: none">• Barulho• Excesso de pessoas na sala de partos• Muitos comandos de voz
Físico	<ul style="list-style-type: none">• Dor das contrações uterinas• Sede e/ou fome• Toque vaginal• Liberdade de movimentos
Psicoespiritual	<ul style="list-style-type: none">• Privacidade• Tons de voz elevados
Sociocultural	<ul style="list-style-type: none">• Presença da pessoa significativa• Presença da enfermeira

Kolcaba (2003), quando define conforto ambiental, refere as circunstâncias externas e internas, fala-nos da cor, o ruído, a luz, o meio, a temperatura, as paisagens vistas das janelas e o acesso à natureza. É agradável para a mulher em trabalho de parto vivenciar todo o processo do parto em ambiente espaçoso onde possa deambular, exercitar-se, ficar à vontade, na presença de familiares e amigos.

Este cenário tornou-se difícil de concretizar numa primeira fase do trabalho de parto, porque em termos de estrutura física as parturientes encontram-se numa enfermaria com 3 camas, ou seja, partilham quarto com mais duas grávidas, que podem ainda não ter iniciado

trabalho de parto ou se encontrar em fases diferentes do mesmo, e além dos seus familiares, ou convivente significativo, estão também presentes outros familiares, que são desconhecidos, o que por vezes inibiu algumas intervenções mais lúdicas que eu tinha como objetivo promover. Mas este momento era propício para a transmissão de informações, são muitas as dúvidas que a mulher apresenta em relação ao modo como se vai desenrolar o processo, e o desconhecido manifesta-se desconfortável. Como adjuvante das informações que transmitia, não só de acordo com o que achava pertinente mas também de acordo com as dúvidas que a mulher/convivente significativo apresentavam, era colocado um filme didático, realizado pela equipa de enfermagem do serviço, onde era dada informações acerca de todo o internamento, desde o acolhimento, trabalho de parto e parto, ao momento do banho do RN, amamentação e cuidados pós-alta.

Apos transferência para a sala de parto, já na fase ativa do 1º estágio do trabalho de parto, 6 das parturientes realizaram analgesia locoregional, ficando por isso impossibilitadas de se levantar da cama e com a mobilidade reduzida. O facto de existir sistema de som na sala permitia-me oferecer música, relaxante ou de acordo com os gostos musicais da parturiente/casal para aquele momento. Foi utilizado a música como meio de promover o relaxamento em 4 parturientes, sendo que uma delas trouxe um cd com música da sua preferência.

Existindo duas salas de partos no serviço, e com uma cama única, que a meu ver até são espaçosas, arejadas e iluminadas, sempre que a parturiente era transferida para a sala de partos, e aí já com a companhia permanente do convivente significativo, as minhas intervenções continuaram a ir de encontro às suas necessidades de conforto. De acordo com o que tinha para lhes oferecer, silêncio, música, a minha presença, luminosidade diminuída, privacidade, observei algumas parturientes relaxarem, alcançarem o conforto e adormecerem no intervalo das contracções, como é referido nas notas de campo:

“ (...) durante a musicoterapia parturiente apresenta uma expressão relaxada no intervalo das contrações (...)” (NC1).

“ O casal encontra-se em silêncio na sala de partos, toca música relaxante, parturiente adormeceu.” (NC6).

Apos análises dos meus registos destacaram-se três subcategorias, que foram apontadas como fatores que interferem na tranquilidade e conforto da parturiente, sendo eles,

barulho, excesso de pessoas na sala de partos, muitos comandos de voz, como evidenciado nas notas de campo:

“ (...) na sala de partos ao lado ouvia-se os gritos de uma parturiente, que se encontrava na fase expulsiva, no decorrer de um parto distócico-ventosa. Apesar da minha presença e da utilização da música e mesmo com analgesia, observei que a parturiente manifestava desconforto, não só verbalmente, através de gemidos, mas também de um modo não-verbal, alternando posições na cama de uma forma agitada, apresentava um fâcies carregado, sentei-me junto a ela, peguei-lhe na mão...” (NC3).

“ A D. A. neste momento encontrava-se bastante agitada com a dor e por não ter feito analgesia, não nos ouvia, havia um número de profissionais na sala mais do que necessário e todos a intervir. Chamei a parturiente pelo nome para captar a sua atenção e estabelecer contato visual, e foi aí que lhe falei calmamente, a instruí para a necessidade de responder ao seu corpo quando este sentia necessidade de realizar esforço expulsivos, e assegurei que se colaborasse e me ajudasse a mim eu a ajudaria e foi aí que com os esforços maternos nasceu um RN do sexo masculino, sem complicações...” (NC5).

Os resultados que encontrei na Revisão da Literatura, também eles falam nos diversos factores ambientais possíveis de interferir no processo do trabalho de parto e na percepção da dor por parte da parturiente, podendo estes serem factores prejudiciais ou promotores da tranquilidade e conforto da mesma. Como nos refere Macedo, Progiante, Vargens, Santos & Silva (2005), a presença de diferentes profissionais, as suas falas desmoralizantes, os sons emitidos por outras parturientes, que causam medo e dor, são factores ambientais que prejudicam o processo fisiológico do trabalho de parto, visto que interrompem o comportamento instintivo da mulher, o que impede a libertação das diversas hormonas próprias do trabalho de parto e levam a um aumento da dor.

É então oportuno ressaltar a existência de factores ambientais que influenciam o modo como a mulher vive a dor no trabalho de parto e parto. Estudos falam-nos na importância dos cuidados relacionados com o equilíbrio do ambiente, como contribuidor para o conforto e bem-estar da parturiente (Macedo et al., 2005; & Frello, et al., 2011).

Mesmo sendo do conhecimento geral que o trabalho de parto e parto são processos naturais, estes provocam desconfortos devido às contrações uterinas e stress emocional, ansiedade e influência de apoio negativo, entre outros. (Ricci, 2008).

Na categoria **físico a dor das contracções uterinas** é a subcategoria que mais se evidência, sendo um tema de grande discussão e ansiedade por parte das mulheres. Como esperava, constatei que a dor é algo descrito como pessoal e subjectivo, influenciada por diversos fatores, sejam físicos, psicológicos ou culturais, e é vivenciada de modo diferente por cada mulher. Posto isto, é importante que o EESMO detenha pleno conhecimento da fisiologia do trabalho de parto e parto, seja compreensivo, disponível e presente. A parturiente espera receber e é dever do Enfermeiro Especialista dar, o objetivo final é alcançar o conforto físico desejado.

Existem estudos, (Macedo, et al., 2005; Frello, et al., 2011; Silva, et al., 2011; Carraro, et al., 2008; Pereira, et al., 2012), que relatam que as parturientes afirmam que os exercícios físicos realizados proporcionam conforto, aliviam a dor e as deixam mais relaxadas. Então, juntamente com 5 parturientes houve oportunidade e abertura para realizar exercícios na bola de pilates na fase latente do 1º estágio do trabalho de parto, observei que é nesta fase que a parturiente se encontra mais disponível e colaborante com o que temos para lhe oferecer e por isso facilmente consegui explicar as vantagens da bola de pilates e exemplificar exercícios e de seguida trabalha-los juntamente com a parturiente/casal. Todas elas referiram sentir-se confortáveis durante os exercícios, participando ativamente, como referido em notas de campo:

“Ao se sugerir a utilização na bola de pilates a parturiente mostrou-se recetiva e confortável durante os exercícios. Por indicação do obstetra para se manter CTG colocado, foi utilizado o aparelho com sistema de wireless para uma maior liberdade de movimentos da parturiente” (NC2).

“Parturiente calma, refere dor na escala numérica de grau 4, diz sentir-se confortável durante a utilização da bola de pilates” (NC3).

Constatei que, mais do que ajudar na evolução do trabalho de parto na fase latente do primeiro estágio do trabalho de parto, exercitar-se na bola de pilates torna-se num momento lúdico entre a parturiente e o companheiro, que permite momentos de descontração e relaxamento, o que permitiu alcançar alguns dos objetivos pretendidos, o que foi de encontro ao referido no Congresso Internacional de Saúde Sexual e Reprodutiva (2014), “as parturientes... consideraram a experiência inovadora e positiva, identificando vantagens como o alívio da dor e aumento do conforto e um maior relaxamento, calma /tranquilidade e abstração”.

A hidroterapia é considerada outra ação efetiva de controlo da dor e confere uma sensação de bem-estar e conforto. Há várias opções, desde banheiras, chuveiros e hidromassagens. Em termos de instalações físicas o serviço tem wc com área adequada à utilização do chuveiro durante o primeiro estágio do trabalho de parto, mas devido a variadas intervenções tornou-se difícil de colocar em prática, nomeadamente CTG contínuo, soroterapia contínua, induções de TP com medicação variada que leva à necessidade de uma maior vigilância materno-fetal ou mesmo repouso no leito por umas horas (ex. prostaglandinas), amniotomia precoce, analgesia epidural que implica uma maior vigilância dos parâmetros vitais e, ainda, imobilização no leito, além de que as mulheres ainda não estão despertas para as variadas medidas não farmacológicas existentes e tornam-se atores passivos no seu próprio trabalho de parto. Neste estágio o meu papel neste aspeto foi o de sensibilizar, sensibilizar a equipa e as mulheres, para que possa futuramente ir construindo um caminho.

A Revisão de Literatura realizada diz-nos que a dor do trabalho de parto é real, diversos autores admitem que essa dor é sentida de formas diversas por cada mulher. E mesmo na assistência considerada humanizada as mulheres sofrem ao sentir dor, pois são vários os fatores que influenciam essa dor, no seu aumento ou na sua redução. A dor pode ser potencializada quando acompanhada de stress e desconforto, e até de medo e de insegurança, quando a mulher perde a privacidade familiar e tendo de se adaptar às rotinas hospitalares. O relaxamento, confiança, o repouso, a liberdade de se movimentar, o contato com a pessoa significativa, o estar ativa, descansada e alimentada, num ambiente confortável e silencioso diminuem a perceção da dor (Silva, Barbieri & Fustinono, 2011; Macedo, et al., 2005; Frello, et al., 2011).

Uma das mais frequentes queixas é o desconforto do **toque vaginal**, é um procedimento invasivo, incomodativo e dói. Nos meus registos esse fator é diversas vezes referido:

“ (...) após a minha observação através de toque vaginal, para avaliação da evolução do trabalho de parto, o obstetra quis observar para decisão do passo seguinte, a parturiente manifestou dor durante o exame, através de gritos e tentativa de fuga com o corpo...” (NC1).

“ (...) a orientadora realizou toque vaginal e de seguida pediu que eu o realizasse e descrevesse a minha avaliação, notei que a parturiente fez uma expressão de desagrado e desconforto, manifestando assim o seu desagrado por ser novamente submetida ao exame,

pedi permissão à parturiente para realizar o toque vaginal e apos seu consentimento, pedi que tentasse relaxar o corpo...” (NC3).

Neste fator senti-me injusta para com as parturientes a quem prestei cuidados, se por um lado sempre foi meu objetivo proporcionar conforto, alívio da dor, no papel de aluna apos proceder ao toque vaginal, num período inicial, ou em momentos de incerteza na minha avaliação, era necessária a confirmação da minha avaliação por parte da OL, ou então, muitas vezes, o obstetra de serviço procedia a uma nova avaliação para decisão terapêutica. O caminho alternativo que encontrei foi trabalhar em parceria com o obstetra, e juntos realizarmos a avaliação da parturiente.

Também a Revisão da Literatura refere que o toque vaginal é um fator invasivo que incomoda a mulher, não somente pela invasão do corpo, mas também pela frequência e pelo modo como é realizado. Embora seja necessária a avaliação do trabalho de parto através do toque vaginal, este deve ser realizado quando necessário e de forma delicada (Macedo, et al., 2005). Diferentes autores citam a OMS no que se refere a este assunto, que esclarece que, numa primeira fase do trabalho de parto, um toque vaginal a cada quatro horas é suficiente, e que em nenhuma circunstância as mulheres devem passar por exames vaginais repetidos ou frequentes, feitos por vários prestadores de cuidados. Ao tocar a mulher sem pedir permissão, os profissionais invadem o seu espaço, desrespeitando-a e bloqueando a comunicação (Macedo, et al., 2005; Frello, et al., 2011; Silva, et al., 2011).

Ainda no que se refere à categoria contexto físico, na subcategoria **sede e/ou fome** o jejum esta ainda presente como conduta comum durante o trabalho de parto. As situações em que foi possível oferecer refeições ligeiras (sopa e fruta ou leite e bolachadas) foram raríssimas, por norma é permitindo à mulher ingerir em algumas situações, não podendo ingerir água ao longo do trabalho de parto. Sempre que possível possibilitei às parturientes ingestão de líquidos (chá açucarado, água) e com o intuito de colmatar as necessidades energéticas das mesmas, já que os líquidos por via oral têm maior sucesso na satisfação das necessidades energéticas do que os administrados por via EV (Lowdermilk, 2008). Mas apos conversa informal com a directora do serviço de anestesia, directora do serviço de obstetrícia e enfermeira chefe, foi-me possível introduzir nos alimentos a oferecer gelatinas, uma vez que o sentir fome e sede é uma “queixa” frequente das parturientes, e sendo a gelatina um alimento líquido, mas solidificado, o que confere uma maior satisfação durante a sua ingestão.

A fome e a sede por falta de alimentação quando do trabalho de parto provocam desconforto e riscos para a mãe e RN. O gasto de energia é grande, sendo necessário repô-la por ingestão líquida (Carraro et al., 2008).

O oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto constitui uma das “práticas da categoria A”. Consideradas propostas para alterações no modelo de assistência ao parto normal e reconhecidas como positivas e que devem ser encorajadas. A Organização Mundial de Saúde no seu Manual “Assistência ao parto normal: um guia prático” classifica as práticas obstétricas em quatro categorias e propõe o uso de tecnologias baseadas em evidências científicas (OMS, 1996).

Uma revisão de literatura, publicada por Porto, et al. (2010), refere que o jejum não é recomendado, prática que advém da antiga preocupação de que, em caso de emergência, a grávida poderia ter que ser submetida a uma anestesia geral existindo assim o risco de aspiração de vômito. Contudo não há, segundo estes autores, evidências suficientemente inclusivas que justifiquem a restrição alimentar durante o TP, devendo até ser permitida e incentivada. Embora estivesse contemplada a ingestão de bebidas açucaradas, alguns profissionais ainda impõe o jejum. Neste campo considero que obtive uma pequena vitória, consegui introduzir a gelatina como alimento permitido durante o trabalho de parto, e constatei que era recebido com mais agrado por parte das parturientes do que o chá açucarado, o fato de ser sólido dá sensação de saciedade maior. Sempre que identificava uma situação de jejum questionava os pares e tentava sensibilizar para o conforto que a parturiente sente, além do que já foi referido acima, ao poder ingerir alimentos.

A **liberdade de movimentos** é uma outra subcategoria que surge após a análise das notas de campo. Em algumas notas encontram-se registos em que as mulheres questionam quando se podem levantar, se podem mudar de posição, se podem ir à casa de banho em vez de utilizar a arrastadeira na cama, se o CTG pode ser retirado para que se possam movimentar mais livremente.

“Parturiente refere que o CTG já está colocado há meia hora e se já pode ser retirado para poder ir a casa de banho...” (NC2).

“Parturiente refere queixas de dor a nível das costas por já estar há algum tempo deitada de lado...” (NC4).

“Parturiente questionou se podia mudar de posição na cama...” (NC5).

“Apos administração de misoprostol e de ser informada que teria de ficar deitada com CTG colocado para vigilância do bem-estar fetal, parturiente questionou por quanto tempo seria e quando se podia levantar...” (NC7).

Como já referi em outro capítulo deste relatório, foi sempre minha preocupação promover a maior liberdade de movimentos possíveis à parturiente, questionando a equipa e sensibilizando a equipa para as vantagens da movimentação da parturiente além do conforto sentido pela mesma, e assim sempre que me era possível promovia a deambulação, a ida a casa de banho, a utilização da bola de pilates e o alternar decúbitos no leito.

A Revisão de Literatura realizada também evidencia vários fatores como restritivos à liberdade de movimentação da mulher durante o trabalho de parto e como tal pode ser desconfortável. Como nos confirma Macedo et al., (2005), ao afirmar que a presença de soroterapia vai limitar os movimentos e deambulação das parturientes e faz com que estas fiquem preocupadas e incomodadas com esse objeto estranho ligado ao seu corpo.

Possibilitar que a mulher mantenha o controlo do seu corpo, compreendendo o que acontece em casa fase do trabalho de parto, assim como permitir a liberdade de escolha, seja para a posição, seja no uso dos métodos de alívio para a dor, consolidam-se atos de cuidado e conforto. Artigos sugerem-nos que a dor é aliviada quando a mulher tem liberdade de se movimentar e realizar as suas vontades (Frello, et al., 2011; Macedo, et al., 2005).

No que se refere a categoria **psicoespiritual** por vezes, para alguns profissionais, a **privacidade** passa a ser algo rotineiro e sem muita importância e deixa de ser tratada com um maior cuidado e respeito. Em alguns momentos assisti a um excessivo número de pessoas dentro da sala de partos. Enquanto enfermeira estudante não sentia autonomia para gerir esse aspeto particular, optei então por o discutir com a minha OL e Enfermeira Chefe meios para que futuramente se possa evitar esse cenário.

Odent e Lessa, citados por Macedo et al. (2005), afirmam que a mulher necessita de privacidade para parir, dado que todas as pessoas se comportam de um modo artificial quando observadas. Nesses momentos as atitudes da mulher em relação à dor podem ser desencorajadas, uma vez que a impede de reagir instintivamente, o que é necessário para o decorrer do processo fisiológico do trabalho de parto.

Proporcionar a privacidade por ocasião do parto e durante o acompanhamento do trabalho de parto, é um ponto positivo, uma vez que se trata de um momento íntimo e familiar, único, cujo ambiente deve ser respeitado, para que a mulher/casal e RN possam

alcançar o estado de bem-estar e de estar melhor, podendo vivenciar em harmonia esse momento (Paterson, & Zderad, 1979).

A postura negativa de alguns profissionais de saúde que se encontram próximos da mulher durante o trabalho de parto e parto, ao repreende-la pela demora ao finalizar seu trabalho de parto ou por ser incapaz, influencia o desenrolar do mesmo e reflecte-se fisiológica e psicologicamente na parturiente (Macedo et al., 2005). Ao orientar a mulher sobre os métodos para o cuidado e conforto, explicando sobre o trabalho de parto e parto, mostrando-se disponível para retirar qualquer dúvida, o EESMO proporciona tranquilidade, ajudando as parturientes a vivenciarem de maneira mais tranquila esse momento (Carraro et al., 2008).

Na categoria **sociocultural** observei que todas as parturientes, não só as incluídas no estudo, tiveram direito à **presença da pessoa significativa** de acordo com o que a lei defende.

Segundo Nakano et al. (2007), citado por Frello et al. (2011), a inclusão do convivente significativo da grávida, deve iniciar-se no pré-natal, com a participação nas consultas e nos cursos de PPP, para que assim se sinta preparado e compreenda como poderá ajudar, permitindo, assim, que o acompanhante se sinta integrado nos cuidados como alguém que veio para ajudar e não para atrapalhar. Para a parturiente a presença do acompanhante promove tranquilidade e segurança. Incluir o companheiro nos cuidados foi sempre preocupação minha. Durante a utilização da bola de pilates incluía as massagens como uma actividade a dois, ao ensinar o companheiro como podia ajudar a parturiente enquanto esta utilizava a bola para relaxar no intervalo dos exercícios ou quando a dor se manifestava de forma mais intensa. Também na sala de partos incentivava o toque, através de exemplos de massagens possíveis de realizar com a parturiente deitada. Em momentos que a parturiente se encontrava relaxada e com a dor controlada, proporcionava privacidade para momentos a dois para que pudessem conversar mais intimamente.

Durante o estágio foi sempre minha preocupação que a parturiente não se sentisse sozinha ou abandonada por parte dos profissionais de saúde. Desde o acolhimento e ao longo de todo o internamento tentei transmitir tranquilidade e confiança à mulher/acompanhante, apresentando o serviço e instalações, informando do funcionamento, algumas normas e regras, esclarecendo dúvidas e receios que poderiam ter, ajudando a mulher a instalar-se na sua unidade, explicando todos os procedimentos e a sua necessidade, questionando a mulher acerca das suas preferências e expectativas. Mostrar-me disponível foi sempre a minha

intenção, não só para quando solicitada, mas também foi minha preocupação mostrar-me presente, mesmo para uma conversa ou simplesmente para transmitir segurança com a minha presença, para que a mulher não se sentisse abandonada. Constatei que a presença do profissional de saúde transmite confiança e ajuda a mulher durante o período do trabalho de parto, esta revela-se mais tranquila e colaborante.

Nos artigos pesquisados a **presença de profissionais** é um fator importante para que a mulher se sinta confortável e segura.

Santos & Pereira (2012) afirmam que o acolhimento é um dos componentes fundamentais para a humanização do atendimento em obstetrícia. A ausência de acolhimento poderá contribuir para uma maior insegurança, medo e angústia da mulher/acompanhante. Os mesmos autores referem que a solidão durante o trabalho de parto reproduz na mulher um aumento da dor, insegurança e insatisfação com os profissionais.

Durante o trabalho de parto, a maioria das mulheres, deseja a presença do profissional. O apoio deste é confortante, na medida em que se mostra presente, preocupado e disponível para cuidar e escutar a parturiente, criando assim laços de confiança, facilitando o processo do trabalho de parto, permitindo que este seja um momento de cuidado e conforto (Frello, et al., 2011; Carraro, et al., 2008).

3.5.2. Intervenções de Enfermagem promotoras do conforto da parturiente durante o 1º estágio do trabalho de parto

Pela Revisão de Literatura realizada verifica-se que vários estudos, (Macedo, et al., 2005; Frello, et al., 2011; Lucas, et al., 2015; Carraro, et al., 2008), apontam que o EESMO tem competências para realizar cuidados que promovem conforto e relaxamento. Esses cuidados são classificados pela Organização Mundial de Saúde como métodos não farmacológicos para alívio da dor, que objetivam reduzir a percepção dolorosa por meio de métodos não invasivos que diminuam a necessidade de analgesia medicamentosa e a ansiedade, além de que melhoram a vivência do parto (OMS, 1996). O apoio empático do enfermeiro e do acompanhante à mulher é considerado o fator mais importante para essa abordagem não farmacológica, que significa dar informações e explicações segundo as necessidades da mulher e respeitar sua privacidade num ambiente seguro e confortável (Pereira et al., 2012).

Existem outros métodos que promovem o alívio da dor do trabalho de parto, realizados através de medidas farmacológicas. São realmente eficazes, mas são frios e necessitam de intervenções invasivas, são procedimentos que quando desprovidos dos seus benefícios não promovem o conforto necessário, ou seja, o toque carinhoso, o diálogo, a presença do profissional e companhia de familiares, que se entrelaçam com a humanização do cuidado, que é indispensável para a obtenção do conforto.

Pereira et al., (2012) referem ainda que a dimensão relacional do cuidado também foi identificada nas atividades de enfermagem. Estudos identificaram que a relação com os profissionais de saúde tem importante influência na percepção das mulheres acerca da assistência. A assistência foi vista de um modo positivo na medida em que as mulheres sentiram receber atenção dos profissionais. A satisfação com o cuidado está relacionada com o interesse do profissional em atender as necessidades e de se mostrar disponível para ajudar, o que significa envolver-se, estar presente e estabelecer o diálogo.

Estudos demonstram que a enfermagem tem desempenhado um papel importante no estabelecimento de cuidados humanizados nas maternidades, incentivando o respeito pela fisiologia do parto e implementando medidas de cuidado e conforto. Essas práticas têm promovido práticas de cuidados relacionais, que promovem o diálogo entre a mulher/família e os profissionais, que por sua vez promove a dignidade, a solidariedade e o sucesso da assistência (Pereira et al., 2012).

O conforto incluído nos cuidados diários à parturiente nos contextos físicos, psicológicos, ambiental e sociocultural, traz contribuições importantes, além de ampliar o campo da prática do EESMO.

De acordo com as necessidades de alívio observadas em casa situação, elaborei um plano de cuidados de enfermagem que permitisse promover a tranquilidade e alívio do desconforto, tendo como apoio os resultados obtidos com a Revisão da Literatura. A tabela seguinte constitui um resumo das mesmas.

Tabela 1. Intervenções de Enfermagem

Contexto	Necessidade de alívio	Intervenções
Ambiental	Barulho	Falar baixo
	Conversas laterais de profissionais	Evitar conversas
	Excesso de pessoas na sala de partos	Reduzir nº de profissionais na sala de partos apenas ao necessário
	Muitos comandos de voz	Permitir o instinto da mulher
Físico	Dor das contrações uterinas	Promover/aplicar medidas não farmacológicas para o alívio da dor
	Sede e/ou fome	Providenciar a ingestão de líquidos e gelatina
	Toques vaginais repetidos	Restringir os toques vaginais ao necessário
	Necessidade de liberdade de movimentos	Promover a mobilização no leito, deambulação, escolha de posição durante o TP e parto.
Psicoespiritual	Necessidade de privacidade	Cobrir a parturiente durante o exame Permitir a ida ao wc (evitar arrastadeiras)
	Tons de voz elevados	Compreender o momento Falar com educação e respeito Apoio emocional
Sociocultural	Presença do acompanhante	Valorizar a presença do acompanhante
	Presença da enfermeira	Mostrar-se disponível

Por vezes a sala de parto é retratada pelas mulheres como um ambiente de dor, aflição, solidão e abandono. E esta imagem contraria a ideia que se idealiza sobre o nascimento, considerando-se como um momento de felicidade, realização e celebração da vida (Santos & Pereira, 2012).

Como especialista, o EESMO pode trabalhar a redução dos fatores ambientais que aumentam a perceção da dor e utilizar os fatores que aliviam. O equilíbrio dos elementos ambientais presentes no trabalho de parto e parto contribui para que todo o processo decorra de um modo satisfatório.

A preocupação com o bem-estar da mulher, aliada à diminuição de procedimentos invasivos e ao uso de drogas durante o processo de parto, procura recuperar medidas não farmacológicas para o alívio da dor e desconforto, assim como facilitar o trabalho de parto e parto, tais como banho de chuveiro ou de imersão, deambulação, massagens, exercícios respiratórios, uso da bola, musicoterapia, aromaterapia, entre outros. Pressupõe-se que todas essas práticas proporcionem à parturiente um ambiente agradável e contribuam para que o trabalho de parto seja mais tranquilo, reavendo o nascimento como um momento da família e uma celebração da vida. Estas medidas são usualmente do domínio do EESMO (Frello et al., 2011; Macedo et al., 2005).

O apoio emocional da equipa de saúde surge nas falas das mulheres dos estudos pesquisados, dando grande ênfase ao mesmo. Ações como a presença constante, a atenção dispensada, a ajuda nos momentos difíceis, o diálogo e mesmo pequenos atos, como segurar a mão, tornaram a vivência do trabalho de parto e parto mais confortável e tranquila (Carraro et al., 2008; Santos et al., 2012; Silva et al., 2010).

O fato do profissional se sensibilizar com o momento vivenciado pela parturiente, envolvendo-se no processo, cria um ambiente de cuidado e conforto, através de gestos de maior aproximação entre a equipa e a mulher, facilitando o trabalho de parto e parto (Carraro et al., 2008).

É igualmente necessário, para a melhoria das práticas, uma nova abordagem que estimule a participação ativa da mulher e do seu acompanhante, que priorize a presença constante do profissional junto à parturiente, preconize o apoio físico e emocional e o uso de novas tecnologias de cuidado que proporcionem o alívio da dor e do desconforto da parturiente (Santos, & Pereira, 2012).

O EESMO ao assumir o papel de assistente no trabalho de parto e parto, conduz a mulher para explorar seu corpo, conhecer seus limites e escolher as melhores posições e maneiras para que ela e seu bebé fiquem mais confortáveis. Essa postura por parte dos profissionais de saúde foi referida pelas falas das mulheres nos estudos pesquisados, que enalteceram o bem-estar em poder escolher, a liberdade em conduzir o seu processo de parir, sempre acompanhadas e orientadas pelos profissionais de Enfermagem (Carraro et al., 2008, Santos et al., 2012; Silva et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescimento alcançado durante a realização da pesquisa em questão, conduziu-me a inúmeras reflexões sobre o conforto visto por nós, profissionais, de uma maneira rotineira, e que passa despercebido. No fundo sentia que já existia em mim, um interesse genuíno pela promoção do conforto da parturiente, o que esta pesquisa permitiu foi enriquecer o meu conhecimento sobre o seu verdadeiro significado. De como olhar e sentir profundamente as necessidades de conforto da parturiente em todas as fases do trabalho de parto, na comunicação verbal e não-verbal, nas atitudes profissionais, no tom de voz da pessoa ou das pessoas que estão na condução do parto, na necessidade de um ambiente verdadeiro, tranquilo, com a presença do convivente significativo, a ausência de barulhos, o respeito pela privacidade do corpo da mulher, evitar conversar laterais, que não interessam, por conseguinte a renovação do modo como se vive o nascimento.

A descoberta que a pesquisa me permitiu sobre o conforto nos diferentes contextos (físico, ambiental, psicoespiritual e social) servirá para futuramente no papel de especialista, fortalecer a prática dos cuidados à parturiente, de modo que seja alcançado por todas estas protagonistas do parto o conforto e a humanização na assistência ao parto.

Ao participar nos diferentes cenários do parto percebi o quanto é necessário a aplicação da Teoria do Conforto nos cuidados de Enfermagem. Constatei a variedade de detalhes, que, muitas vezes, devido à rotina hospitalar passam despercebidos, nomeadamente a necessidade de planejar intervenções que promovam o conforto da parturiente no ambiente do parto, no nascimento do seu filho. São estas intervenções simples, fáceis de concretizar e sem custos acrescidos, permitindo ainda, ganhos em saúde, o que me faz questionar os motivos pelos quais não são aplicadas.

O cuidar da parturiente requer do EESMO, primariamente, amor pelo que faz, seguido da intuição de assistir a mulher na sua individualidade, amor ao próximo, sensibilidade e presença verdadeira, humanização, e competências especializadas no cuidado em Enfermagem Obstétrica.

Muitos dos procedimentos usados durante o trabalho de parto aumentam a probabilidade da intervenção clínica seguinte, como a evidência científica o comprova, e devem por isso ser evitadas sempre que não exista um motivo clínico específico que as recomende (OE, 2012).

Aponto esta limitação como o principal obstáculo encontrado ao longo do estágio. A OMS desde há muitos anos que tem vindo a emitir pareceres com o objetivo de facultar orientações sobre as boas práticas no Parto Normal. Em 1996 emitiu um relatório, onde identificou as práticas a incentivar, a corrigir e as a eliminar no parto considerado normal. Apesar de esta informação existir há 20 anos, ainda hoje há necessidade da sua divulgação, uma vez que constatei que existe um grande número de intervenções clínicas que influenciam a fisiologia do trabalho de parto, deparei-me com procedimentos ainda enraizados baseados em evidência científica completamente desatualizada, o que não favorece a que o trabalho de parto e o parto ocorram de um modo natural e que a mulher compreenda os sinais que o corpo lhe dá para a guiar através das diferentes fases do trabalho de parto e parto.

Há necessidade de uma reforma nas nossas práticas no que se refere ao cuidar da mulher em trabalho de parto. Esta procura cada vez mais um ambiente confortável e familiar, que permita a sua liberdade de expressão, que responda às suas necessidades, que valorize e respeite as suas preferências em relação ao modo de como quer vivenciar o nascimento do seu filho, por isso é meu desejo que o presente relatório contribua para uma reflexão das práticas clínicas, que estas sejam avaliadas mediante a necessidade de um cuidado humanizado à mulher durante o processo do parto. Isso implica o repensar da prática diária, reorganização de serviços e abandono de técnicas padronizadas e atitudes preconceituosas que priorizam a rotina, a tecnologia e a comodidade dos profissionais em detrimento do bem-estar da mulher. Espero igualmente influenciar na formação e atualização de profissionais voltados para o cuidado e conforto à mulher. Chamo a atenção para a igual importância da contribuição das parturientes nos futuros estudos realizados sobre o cuidado prestado nos hospitais. Só assim se pode obter resultados reais. Questionar a mulher acerca da percepção sobre a sua vivência durante o parto inspira mudanças em relação aos cuidados prestados.

O desenvolvimento da assistência obstétrica tornou-a mecanizada e ampliada com uma diversidade de procedimentos técnicos, utilizados desde a gravidez, sendo muitas vezes desvantajosos na mulher, tornando-a insegura e ansiosa, prejudicando assim todo o processo do parto. Penso que esta realidade deve ser alterada, devemos reflectir sobre melhorias na assistência que valorizem um atendimento centrado na mulher com as suas crenças e valores. O EESMO deve assumir o compromisso de alterar esta realidade, valorizando e respeitando os diferentes comportamentos culturais da mulher. Conhecer a sua opinião sobre o cuidado recebido durante o seu parto, contribui para o desenvolvimento de novas maneiras de cuidar,

uma vez que a mulher se entrega ao sistema de saúde num dos momentos mais importantes do seu ciclo de vida, espera ser respeitada, cuidada e confortada.

Na minha opinião é também importante capacitar a mulher para que lhe seja devolvido o papel principal no processo do parto, sendo assim incluída na tomada das decisões sobre o mesmo, baseada em informações e evidência, que deverão lhe ser facultadas ao longo do período de gravidez, tendo como objetivo o seu conforto, a sua segurança física e emocional, a sua tranquilidade e a promoção de uma vivência no momento do parto excepcional.

Sendo importante abordar a temática da humanização do parto, no que respeita à investigação, este trabalho pode contribuir para futuras reflexões sobre as intervenções promotoras do conforto à parturiente nos hospitais, permitindo dar luz à uma área autónoma do trabalho de enfermagem.

Ao longo destes meses senti prazer em todo o percurso, mesmo nos momentos menos bons e frustrantes, todos contribuíram para a minha aprendizagem. Junto às parturiente, à equipa de enfermagem e outros profissionais que constituem a equipa multidisciplinar do Serviço de Obstetrícia, escutando, dialogando, aprendendo, percebendo, ajudando, tocando e confortando, refletindo de um modo crítico, senti-me enriquecida de conhecimentos. Faço um balanço positivo e rico que me permitiu crescer profissionalmente, mas também individualmente como pessoa.

Foram dois anos de muitas mudanças, pessoais e profissionais, perderam-se umas coisas, ganharam-se outras, fui obrigada a crescer em alguns aspetos devido aos sacrifícios exigidos, mas cresci de livre vontade e com muito gosto em termos profissionais, abraçando futuramente um outro modo de exercer esta profissão que tanto respeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, E. H. (1998). *Dificuldades da mulher no puerpério: subsídio para a enfermagem*. (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa.
- Alfirevic, Z., Devane, D. & Gyte, G.M.L. (2013). *Comparing continuous electronic fetal monitoring in labour (cardiotocography, CTG) with intermittent listening (intermittent auscultation, IA)*. Cochrane Library. DOI: 10.1002/14651858.CD006066.pub2.
- Araújo, N. M. & Oliveira, S. M. J. V. (2008). Uso de vaselina líquida na prevenção de laceração perineal durante o parto. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, 16 (3). Acedido 20-05-2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000300007>
- Azevedo, Ana F. R. (2013) - *Terceiro trimestre de gravidez: conhecimento para o nascimento: Resultados preliminares*. In: XVI Encontro Nacional APEO. Aveiro.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. 4ªed.. Lisboa: Edições 70
- Bogdan, R. & Biklen, S. (2006). *Qualitative Research for Education: An introduction to Theories and Methods*. 4th ed.. New York: Pearson Education group.
- Borges, B. B. (2002). Episiotomia: Uso generalizado versus selectivo. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 447 - 454.
- Botelho, L. R., Cunha, C. A. & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), p. 121-136. Acedido 21.09.2016. Disponível em: <http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>.
- Canavarro, M^a Cristina (2006). Gravidez e maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento. In. CANAVARRO, M^a Cristina – *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto. p. 17-49.
- Carraro, T.E., Knobel, R., Frello, A.T., Gregório, V.R.P., Grudtner, D.I., Radunz, V. & Meincke, S.M.K. (2008). O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. *Texto Contexto Enferm*, 17(3), 502-509.

Carvalho, M. R., Prochnik, M. (2001). *Método mãe-canguru de atenção ao prematuro*. Rio de Janeiro: BNDES Social.

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006) – *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência. ISBN 972- 8930-22-4

Carvalho, C., Souza, A. & Filho, O. (2010) Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Femina*. Brasil. 38 (5), 265-270.

Dotto, L. M. G., Mamede, M. V., Mamede, F. V. (2008). Desempenho das competências na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde. *Escola Anna Nery – Revista de enfermagem*, 12 (4), 717-725.

Frello, A. T., Carraro, T. E. & Bernardi, M. C. (2011). Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. *Revista Baiana de Enfermagem*, 25 (2), 173-184.

Galvão, C. M., Sawada, N. O. & Trevizan, M. A. (2004). Revisão Sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Ver Latino-am Enfermagem*, 12 (3), 549-556.

Germain, B. C. & Parés, N. V. (2009) *Parir en movimento*. Barcelona: La Liebre de Marzo. ISBN 978 84 92470 12 9

Graça, L. M. (2005). *Medicina Materno-Fetal*. 3ª ed.. Lousã: Lidel.

Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. 4ªed.. Lisboa: Lidel

International Confederation of Midwives (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Acedido 27/06/2016. Disponível em:

<http://www.internationalmidwives.org>.

Klomp, T., Jonge, A. & Janssen, A. LM. L. (2013). Dutch women in midwife-led care at the onset of labour: wich pain relief to they prefer and what do they use? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 230.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Spring Publishing Company.

Kolcaba, K. (2006). Comfort theory – unifying framework to enhance the practice environment. *Jona*, 36 (11), 538-544.

Kolcaba, K. & Dimarco, M. (2005). Comfort theory and its applications to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31 (3), 187-190.

Kolcaba, K. & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal Advanced Nursing*, 16, 1301-1310.

Lopes, C., Meincke, S., Carraro, T., Soares, M., Reis, S. & Heck, R. (2009). Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. *Cogitare Enferm*, 14(3), p. 484-90. Acedido: 30.06.2016.

Disponível em:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=568398&indexSearch=ID>.

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7ª edição), Camarate: Lusodidacta.

Lucas, M. T. B., Rocha, M.J.F., Costa, K.M.M., Oliveira, G.G. & Melo, J.O. (2015). Nursing care during labor in a model maternity unit: cross-sectional study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14 (1), 32-40.

Macedo, P. O., Progiante, J. M., Vargens, O. M. C., Santos, V. L. C., Silva, C. A. (2005). Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. *Revista Enfermagem UERG*, 13, 306-312.

Morse, J. M., Bottorff, J. L., Hutchinson, S. (1995). The paradox of comfort. *Nursing Research*, 44 (1), 14-19.

Norwitz, E. & Schorge, J. (2003). *Compêndio de obstetrícia e ginecologia*. Instituto Piaget. Lisboa, 2003;

Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (2012). *Pelo direito ao Parto Normal – Uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos enfermeiros (2010) – *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (1996). *Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS.

Pereira, A.L.F., Nagipe, S.F.S.A., Lima, G.P.V., Nascimento, S.D. & Gouveia, M.S.F. (2012). Cuidados e resultados de assistência na sala de relaxamento de uma maternidade pública, Rio de Janeiro, Brasil. *Texto Contexto Enferm*, 21 (3), 566-573.

Pompeo, D. A., Rossi, Li. A. & Galvão, C. M. (2009). Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (4). DOI:10.1590/S0103-21002009000400014.

Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 7ª ed.. Artmed Editora

Porto, A. M. F., Amorim, M. M. R. & Souza, A. S. R. (2010). Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*, 38(10), p. 527-537.

Acedido 29.06.2016. Disponível em:

http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_asistencia_ao_parto_parte_I.pdf.

Regulamento nº 127/2011 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia.(18 de Fevereiro de 2011) Diário da república, 2ª série. Nº 35, 8662-8666

Sánches Luna, M., Pallás Alonso, C. R. & Botet Mussons, F. (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*. 71(4), 349-361

Santos, O. & Vieira, J. (1999). Articulação de cuidados de enfermagem em saúde materna e obstetrícia: importância atribuída pelas utentes. *Revista Enfermagem*, 13, 2ª série, p. 30-35

Santos, L.M. & Pereira, S.S.C. (2012). Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. *Revista de Saúde Coletiva*, 22 (1), 77-97.

- Silva, L.M., Barblerl, M. & Fustionl, S.M. (2011). Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (1), 60-65.
- Silveira, I. P. & Fernandes, A. F. C. (2006). Partejar – Humanização do cuidado de Enfermagem. *Rev RENE*. 7(2), 48-56.
- Silveira, I. P. & Fernandes, A. F. C. (2007). Conceitos de teoria humanística no cuidar obstétrico. *Rev RENE*. 8(1), 78-84.
- Simkin, P. & Ancheta, R. (2005). *The labor progress handbook*. 2ª ed. Malden, MA: Blackwell Science.
- Tomey, A.M. & Aligood, M.R. (2004) *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. (5ªed). Lusociência: Loures
- Iniciativa Parto Normal (2009). *Iniciativa para o parto normal – documento consenso*. Lusociência: Loures
- Vala, J. (2001). A análise de Conteúdo. In: Silva, A. & Pinto, J. (2001). *Metodologia das Ciências Sociais*. 11ª edição. Porto: Edições Afrontamento.
- Vaz, C. F. (2009). *Dor Aguda e conforto prejudicado em parturientes: uma revisão integrativa*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Venâncio, S. I. & Almeida, H. (2004). Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*. 80(5), 173-180.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – *Manejo das complicações na gestação e no parto*. Porto Alegre: Artmed, 2005;

APÊNDICES

APÊNDICE I- Projeto de estágio: objetivos e atividades

1 - Prestar cuidados de enfermagem especializados às grávidas/família que ocorrem ao serviço de urgência obstétrica.

Atividades:

- acolhimento das grávidas que recorrem à urgência do serviço de obstetrícia;
- anamnese para identificação de necessidades e deteção precoce de desvios da normalidade;
- avaliar o bem-estar materno fetal através de:
 - auscultação dos BCF,
 - avaliação do traçado cardiotocográfico,
 - avaliação dos parâmetros vitais maternos (TA, pulso e temperatura axilar).
- encaminhar para médico assistente se necessário;
- avaliar a existência de início de trabalho de parto através do exame obstétrico e encaminhamento para médico assistente sempre que necessário;
- avaliar da evolução do TP, através de toque vaginal:
 - avaliação do amolecimento do colo uterino,
 - avaliação da dilatação do colo uterino,
 - avaliação da descida fetal,
 - avaliação da apresentação fetal.
- encaminhamento para o Centro de Saúde (médico de família e enfermeira EESMO) da área de residência das mulheres/família, sempre que necessário;
- realizar os registos de enfermagem no sistema informático ALERT.

2 - Prestar cuidados de enfermagem especializados às mulheres/família que ocorrem ao serviço de urgência ginecológica.

Atividades:

- acolhimento das mulheres que ocorrem à urgência ginecológica;
- anamnese para identificação de necessidades e deteção precoce de desvios da normalidade;
- desenvolver um plano individual de cuidados após identificação dos problemas de enfermagem;
- encaminhar para médico assistente se necessário;
- realizar educação para a saúde em concordância com as necessidades identificadas;

- encaminhar para o Centro de Saúde (médico de família e enfermeira EESMO) da área de residência das mulheres/família, se necessário;
- realização dos registos de enfermagem no sistema informático ALERT.

3 – Prestar cuidados de enfermagem especializados às parturientes/RN/família ao longo dos diferentes estádios do trabalho de parto, promovendo o conforto e o bem estar materno e fetal.

Atividades:

1º Estádio (amolecimento, apagamento e dilatação do colo uterino)

- analisar do plano de parto em parceria com a parturiente, sempre que está o tenha, ou na sua ausência identificar desejos da parturiente/família relativamente ao parto;
- avaliar a evolução do TP (observação externa e observação interna);
- vigiar o bem-estar materno fetal (através da avaliação do traçado CTG, avaliação dos sinais vitais);
- comunicar de forma eficaz com a equipa multidisciplinar;
- administrar terapêutica prescrita;
- aplicar métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto (liberdade de movimentos, deambulação, bola de pilatos, apoio contínuo, uso de água como analgésico, massagem, musicoterapia);
- promover o envolvimento da pessoa significativa;
- prestar apoio emocional solicitado ou detetado.

2º Estádio (expulsão do feto)

- orientar a parturiente para os esforços expulsivos;
- realizar o parto eutócico com segurança e autonomia;
- promover períneo intacto se possível, realizando uma episiotomia seletiva;
- participar de modo activo no parto distócico, se possível;
- prestar apoio emocional à parturiente/pessoa significativa;
- motivar a parturiente elevando a sua autoestima enquanto elemento principal no trabalho de parto;
- promover o envolvimento da pessoa significativa.

3º Estádio (dequitação)

- avaliar os sinais de descolamento da placenta (afluência de sangue à vulva, não retração do cordão quando se faz pressão na região supra púbica);
- realizar a dequitação nos diferentes modos em que se apresenta (Schultze ou Duncan);
- avaliar o tipo de dequitação e da integridade da placenta;
- avaliar o globo de segurança de Pinard.

4º Estádio (pós parto imediato)

- avaliar a integridade da parede vaginal e do colo do útero para despiste da existência de lacerações;
- realizar suturas perineais aquando da existência de episiotomias/lacerações;
- avaliar o globo de segurança de Pinard;
- pesquisar a presença de coágulos no canal vaginal;
- realizar os ensinamentos à puérpera acerca do 1º levante e despiste de complicações no pós-parto;
- realizar os ensinamentos à puérpera acerca dos lóquios e cuidados de higiene para prevenção de infeção da episiorrafia/laceração suturada, aquando da existência desta;
- promover o processo de transição da parentalidade;
- transferir a puérpera/RN para a enfermaria de puérperas.

4 - Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação à vida extrauterina:

Atividades:

- preparar o material para eventual reanimação do RN;
- promover a desobstrução das vias aéreas através da expressão do tórax/pescoço/face ou da aspiração de secreções;
- observar o RN para avaliação do bem-estar e para deteção de malformações;
- clampar e cortar do cordão umbilical, após cessar de batimentos cardíacos, incentivando o pai a fazê-lo, sempre que o deseje;
- secar o RN para diminuição do risco de hipotermia;
- administrar vitamina K, via intramuscular;
- promover o contato pele a pele imediato com a mãe, se possível;
- colocar o RN à mama na 1ª meia hora, se possível;
- avaliar o Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto de vida do RN;

- vestir o RN;
- permitir o contato com o pai/família se possível.

5 - Refletir sobre o papel do EESMO na promoção do conforto da parturiente durante o primeiro estágio do trabalho de parto:

Objectivos específicos:

- Identificar intervenções do Enfermeiro Especialista promotoras de conforto da parturiente;
- Mobilizar e aplicar a evidência científica, decorrente da pesquisa, em colaboração com o orientador e em parceria com a parturiente/família;
- Compreender o impacto das intervenções do Enfermeiros Especialista nas necessidades de conforto sentidas pelas mulheres durante o trabalho de parto;
- Refletir sobre os cuidados prestados, tendo como principal foco de atenção o conforto da parturiente;
- Discussão com a equipa sobre a prática clínica baseada na evidência clínica e respeito pelas opções da parturiente/família.

APÊNDICE II – Ficha dos artigos de pesquisa

Título	<i>Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado</i>
Autor/Ano	Silva, L.M., Barblerl, M., Fustinonl, S.M., 2011
Objetivo	Compreender as experiências de puérperas que vivenciam o trabalho de parto e o parto em um modelo assistencial humanizado
Tipo de estudo	Qualitativo-Fenomenológico
Participantes	Entrevista a 8 puérperas
Resultados/Conclusões	<p>As puérperas sentiram-se frustradas nas suas expectativas e sofrendo durante o processo do TP.</p> <p>As puérperas relataram que durante o processo do TP considerado humanizado, foram distinguindo a assistência recebida e participando da mesma quando perceberam a oportunidade de o fazer.</p> <p>As puérperas relataram a ambiguidade sentida do trabalho de parto vivenciado através de um modelo assistencial humanizado.</p>

Título	<i>Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo</i>
Autor/Ano	Santos, L.M., Pereira, S.S.C., 2012
Objetivo	Compreender as vivências de puérperas sobre a atenção recebida durante o TP em uma maternidade pública
Tipo de Estudo	Qualitativo-descritivo, exploratório
Participantes	Entrevista a 19 puérperas
Resultados/Conclusões	Solidão durante o TP e como consequência aumento da dor, do medo, do sofrimento e sentimento de abandono.

Título	<i>Cuidados e resultados de assistência na sala de relaxamento de uma maternidade pública, Rio de Janeiro, Brasil</i>
Autor/Ano	Pereira, A.L.F., Nagipe, S.F.S.A., Lima, G.P.V., Nascimento, S.D., Gouveia, M.S.F., 2012
Objetivo	Caraterizar o perfil obstétrico das parturientes admitidas na sala de relaxamento, identificar os cuidados realizados nessa sala e analisar as características maternas e neonatais dos partos resultantes desses atendimentos
Tipo de Estudo	Descritivo, retrospectivo
Participantes	<p>648 parturientes, maior distribuição na faixa etária 19-32 anos de idade (70,4%). 63,9% nulíparas, com 70,5% das parturientes entre as 39 e 41 semanas de gestação.</p> <p>45,1% dos atendimentos na sala foram de mulheres na fase ativa do TP.</p> <p>58% sem perfusão de ocitocina e 45,2% sem presença de acompanhante.</p>
Resultados/Conclusões	<p>Cuidados de enfermagem foram agrupados em duas categorias: “conforto e relaxamento” e “educativo e relacional”.</p> <p>Na primeira categoria os cuidados eram banho morno, deambulação e massagens. Enquanto que na segunda os cuidados eram dirigidos a orientações, atendimentos e diálogo.</p> <p>Registaram-se 559 (86,3) partos normais. 310 partos (56,5%) foram assistidos por</p>

	<p>enfermeiras obstétricos.</p> <p>Grupo assistido pelas enfermeiras, a taxa de episiotomia foi de 19% enqto os partos assistidos pelos médicos a tava foi de 63,9%.</p> <p>A maioria de NV (93,4%) teve IA entre o 7 e 10 no 5ºminuto.</p>
--	---

Título	<i>O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas</i>
Autor/Ano	Carraro, T.E., Knobel, R., Frello, A.T., Gregório, V.R.P., Grudtner, D.I., Radunz, V., Meincke, S.M.K., 2008
Objetivo	Apresentar o papel da equipa de saúde, segundo a opinião das mulheres, quanto aos métodos utilizados para o seu cuidado e conforto durante o TP e parto.
Tipo de Estudo	Qualitativo-descritivo
Participantes	30 puérperas
Resultados/Conclusões	<p>Apoio emocional da equipa de saúde (presença constante, atenção dispensada, ajuda nos momentos difíceis, o diálogo, e em pequenos atos, como o segurar a mão).</p> <p>Orientação (apresentação do local, liberdade de escolha, explicações sobre o TP e parto, disponibilidade para esclarecer dúvidas).</p> <p>Des-cuidado (momentos de solidão e abandono, conflito de opiniões entre os profissionais).</p>

Título	<i>Dutch women in midwife-led care at the onset of labour: wich pain relief to they prefer and what do they use?</i>
Autor/Ano	Klomp, T., Jonge, A., Janssen, A. LM. L., 2013
Objetivo	Estudar a associação entre a preferência das grávidas em relação a preferência do uso de medicação para alívio da dor durante o TP e o que realmente usam
Tipo de estudo	Prospectivo
Participantes	Questionário realizado em três tempos a 1511 grávidas (período pré-natal e pós parto)
Resultados/Conclusões	<p>Entre as mulheres que iniciaram TP sob os cuidados de uma enfermeira parteira das mulheres que referiram não querer usar medicação para alívio da dor durante o período pré-natal, 85,5% efectivamente não usaram.</p> <p>Das mulheres que referiram preferência pelo uso de analgesia, 25,5% usaram medicação para alívio da dor.</p> <p>As mulheres que tinham planeado o parto no hospital têm maior preferência por o uso de medicação do que as mulheres que planearam o parto no domicílio.</p> <p>Nulíparas têm maior preferência pelo uso de medicação do que as múltíparas.</p>

Título	<i>Nursing care during labor in a model maternity unit: cross-sectional study</i>
Autor/Ano	Lucas, M.T.B., Rocha, M.J.F., Costa, K.M.M., Oliveira, G.G., Melo, J.O., 2015
Objetivo	Avaliar os cuidados de enfermagem oferecidos às mulheres em TP antes da entrega do modelo de maternidade, de acordo com os indicadores de qualidade de assistências propostos pelo Ministério.
Tipo de estudo	Quatitativo-descritivo
Participantes	23 enfermeiras que prestam cuidados a parturientes durante o 1º estágio do TP
Resultados/Conclusões	<p>De acordo com o grau de recomendação da WHO observou-se:</p> <p>Categoria A:</p> <ul style="list-style-type: none"> -fornecimento de líquidos 59,5% -privacidade da mulher 97,6%, sem restrição à presença do acompanhante -auscultação dos BCF 100% -toque vaginal com técnica asséptica 92,9% -Alternar posição de acordo com a preferência da mulher 47,6% -Uso de partograma só em 2,4% -As mulheres foram estimuladas a optar por um método não farmacológico para alívio da dor, deambulação 92,9%, posições verticais 83,3%, uso da cadeira de balanço 81% e uso da bola de parto 16,7%, medidas de conforto foram utilizadas em menos de 35% <p>Categoria B (práticas a serem eliminadas):</p>

	<p>-enema 97,6%</p> <p>-tricotomia 100%</p> <p>Acessos venosos com infusão de líquidos 92,9%</p> <p>Categoria C métodos não farmacológicos para alívio da dor observou somente o uso de hidroterapia 21,4%</p> <p>Categoria D (cuidados praticados de forma inadequada):</p> <p>-Alimentos sólidos foram oferecidos em 54,8% dos casos</p> <p>-CTG contínuo 33,3</p> <p>-Uso de ocitocina 35,7%</p>
--	---

Título	<i>Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente</i>
Autor/Ano	Macedo, P. O., Progiante, J. M., Vargens, O. M. C., Santos, V. L. C., Silva, C. A. 2005
Objetivo	Identificar a influência dos fatores ambientais do pré-parto na dor, segundo a percepção das puérperas.
Tipo de estudo	Qualitativo - descritivo
Participantes	Entrevista semiestruturada a cinco puérperas
Resultados/Conclusões	<p>-Fatores que interferem no aumento da dor: fatores que estimulam os sentidos auditivos e fatores que invadem o corpo e a privacidade.</p> <p>- Fatores que interferem na redução da dor: a liberdade para viver as reações primais; a companhia, a água e as tecnologias e o eu materno e o bebê.</p>

Título	<i>Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira</i>
Autor/Ano	Frello, A. T., Carraro, T. E. & Bernardi, M. C., 2011
Objetivo	Identificar os estudos de Enfermagem que abordam o cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto, procurando destacar lacunas existentes nesta área.
Tipo de estudo	Revisão da literatura
Participantes	Análise dos estudos de acordo com as seguintes categorias: Medicalização do Processo de Parto, Humanização dos Cuidados, Papel da Equipe de Saúde, Violência, Dor, Presença de Acompanhante e Cuidado e Conforto.
Resultados/Conclusões	Existe necessidade de estudos sob a perspectiva das mulheres que vivenciam o parto, a fim de melhorar os cuidados prestados. É necessário aprofundar o conhecimento a respeito do cuidado e do conforto prestados no processo do parto a partir da percepção de quem vivencia esse momento.

APÊNDICE III – Guia orientador do registo em nota de campo

Data: __/__/__

Idade: ____

IG: _____

IO: _____

Antecedentes pessoais:

Antecedentes obstétricos:

Motivo de internamento:

[illegible]

O que observei:

[illegible]